

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS DIABÉTICAS TIPO 2, INSCRITAS EN EL
PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE DIABETES, EN UNA IPS DE
MONTERÍA, 2016**

DIANA SOFÍA BALOCO DE HOYOS

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2016**

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS DIABÉTICAS TIPO 2, INSCRITAS EN EL
PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE DIABETES, EN UNA IPS DE
MONTERÍA, 2016**

DIANA SOFÍA BALOCO DE HOYOS

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
enfermera**

**Asesoría temática
Stella Ignacia Ortega Oviedo**

**Asesor metodológico
Álvaro Sánchez Caraballo**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2016**

DEDICATORIA

A Dios, por direccionarme hacia la profesión del cuidado.

A mis padres y hermanos, por mantener vivo este sueño, por su apoyo incansable, sacrificios y confianza en mí.

A mi tía Ángela y abuela Rosa Elena, por sus oraciones y consejos durante este proceso de formación.

A mi tío José, por querer hacerme mejor persona.

A mi amiga Lilibeth Contreras, por cada palabra de superación y admiración en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme sabiduría y capacidad para lograr cada meta propuesta; por estar presente en mi vida.

A mis padres: Edwin Baloco y Nereida de Hoyos, por tanto.

A mis directores: Stella Ortega Oviedo, directora temática y Álvaro Sánchez Caraballo, director metodológico; por ser mi guía en el camino hacia la investigación, por su tiempo, motivación y colaboración.

A mis docentes, por cada enseñanza a nivel personal y profesional; por su disciplina y exigencia en mi proceso de formación profesional.

A mis compañeros de clase, por enseñarme la importancia de la tolerancia y trabajo en equipo.

A la Institución prestadora de salud, por propiciar espacios para la investigación al programa de enfermería.

A los participantes del estudio, por su colaboración.

A mis amigos, por cada palabra motivadora.

CONTENIDO

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS.....	14
1.1 GENERAL.....	14
1.2 ESPECÍFICOS	14
2. REFERENTE TEÓRICO.....	15
2.1 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1.1 DIABETES MELLITUS.....	15
2.1.2 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS.....	15
2.1.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	15
2.1.4 FACTORES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	15-16
2.1.5 TRATAMIENTO.....	17
2.1.5.1 EDUCACIÓN EN LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2.....	18
2.1.5.2 NUTRICIÓN EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2.....	19
2.1.5.3 ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO EN DIABÉTICOS TIPO 2.....	19
2.1.6 ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR AL PACIENTE CRÓNICO.....	20-21
2.1.7 COMPLICACIONES DE LA DIABETES TIPO 2.....	21-22
2.1.8 AUTOCUIDADO EN LA DIABETES TIPO 2	22-24
2.2 MARCO REFERENCIAL	25-30
2.3 MARCO LEGAL.....	30-32
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	32
2.4.1 AUTOCUIDADO.....	32
2.4.2 PERSONA CON DIABETES TIPO 2	33
2.4.3 ACCIONES DE AUTOCUIDADO.....	33

2.4.4 MANEJO INTEGRAL	33-34
3. METODOLÓGIA	35
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	35
3.4 UNIDAD DE ANALISIS	35
3.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION	35
3.6 PRUEBA PILOTO	36
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
3.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
3.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
3.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	36
3.9 ASPECTOS ÉTICO LEGALES.....	37
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38-78
5. CONCLUSIÓN.....	71-80
6. RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82-89
ANEXOS	90-98
ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	90-95
ANEXO B. ENCUESTA.....	96-99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	38
Tabla 2. Sexo.....	39
Tabla 3. Estado civil.....	39
Tabla 4. Nivel de escolaridad.....	40
Tabla 5. Tiempo de diagnóstico de Diabetes tipo 2.....	41
Tabla 6. Antecedentes familiares de DM2.....	42
Tabla 7. Índice de masa corporal (IMC).....	43
Tabla 8. Perímetro abdominal.....	44
Tabla 9. Cumplimiento de metas de niveles de glicemia en sangre, Establecidas por el programa de manejo integral al diabético.....	45
Tabla 10. Reconocimiento de signos y síntomas desencadenados por manejo inadecuado de la enfermedad.....	46
Tabla 11. Acciones correctivas en caso de crisis por aumento o disminución de los niveles de glicemia.....	47
Tabla 12. Automonitoreo domiciliario de glicemia.....	48
Tabla 13. Interpretación de cifras de resultados de glicemia en sangre.....	50
Tabla 14. Desmotivación para realizar las actividades de la vida diaria.....	51
Tabla 15. Acompañamiento familiar al paciente con DM2.....	52
Tabla 16. Puntualidad en los controles para el manejo de la patología.....	54
Tabla 17. Cumplimiento de las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de la DM2.....	55
Tabla 18. Horario de alimentación estable.....	58
Tabla 19. Búsqueda de cambios físicos.....	62
Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas	63
Tabla 20.1 Antecedentes de alcoholismo	64

Tabla 21. Consumo de tabaco.....	65
Tabla 21.1. Antecedentes de tabaquismo.....	66
Tabla 22. Actividad física.....	67
Tabla 23. Horas de sueño suficientes.....	69
Tabla 24. Precaución con el arreglo de uñas.....	71
Tabla 25. Uso de calzado adecuado.....	73
Tabla 26. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	75

LISTADO DE GRÀFICAS

	Pág.
Gràfica 1. Cumplimento de metas de niveles de glicemia en sangre, establecidas por el programa de manejo integral al diabético.....	45
Gràfica 2. Reconocimiento de signos y síntomas desencadenados por manejo inadecuado de la enfermedad.....	46
Gràfica 3. Acciones correctivas en caso de crisis por aumento o disminuci3n de los niveles de glicemia.....	47
Gràfica 4. Monitoreo domiciliario de glicemia en sangre.....	49
Gràfica 5. Desmotivaci3n para realizar las actividades de la vida diaria.....	51
Gràfica 6. Acompa1amiento familiar.....	53
Gràfica 7. Puntualidad en los controles para el manejo de la patología.....	54
Gràfica 8. Cumplimento de las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de la DM2.....	56
Gràfica 9. Horario de alimentaci3n estable.....	58
Gràfica 10. Búsqueda de cambios físicos.....	59
Gràfica 11. Consumo de bebidas alcoh3licas.....	60
Gràfica 12. Consumo de tabaco.....	61
Gràfica 13. Actividad física.....	63
Gràfica 14. Horas de sue1o suficientes.....	64
Gràfica 15. Precauci3n con el arreglo de u1as	66
Gràfica 16. Uso de calzado adecuado.....	68
Gràfica 17. Adherencia al tratamiento farmacol3gico.....	69

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad crónica causada por disminución en la producción o acción de la insulina. A nivel mundial un problema de salud pública, en Colombia una de las diez primeras causas de muerte.

Objetivo: Determinar los conocimientos y las acciones de autocuidado que realizan las personas diabéticas tipo 2, inscritas en un programa de manejo integral de diabetes, de una IPS en Montería.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, con 89 pacientes, seleccionados a través de criterios de inclusión, a los cuales se aplicó una encuesta.

Resultados: La población estudiada tiene un promedio de edad de 36 años, predominio del sexo femenino, nivel de escolaridad primaria. En las acciones de autocuidado, realizan automonitoreo domiciliario de glicemia, alimentación adecuada pero condicionada al factor económico, descansan lo suficiente, identifican cambios corporales, tienen adherencia terapéutica farmacológica, asisten puntualmente a controles, evitan el consumo de alcohol y tabaco; en general, tienen conocimientos de la mayoría de acciones de autocuidado.

Conclusión: La mayor parte de la población objeto de estudio realiza algunas de las acciones de autocuidado recomendadas por el personal de salud, por otra parte, algunos participantes muestran tener conocimientos adecuados para llevarlas cabo. Ante este contexto, surge la necesidad de recomendar a la institución y al profesional de enfermería, revisar los procesos y estrategias educativas, en la búsqueda de mejores resultados en los conocimientos y prácticas de autocuidado, para la prevención de complicaciones agudas y crónicas, que permitan una mejor calidad de vida de esta población.

Palabras claves: autocuidado, conocimientos, Diabetes Mellitus tipo 2

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus type 2, chronic disease caused by decreased production or action of insulin. Globally a public health problem, in Colombia is one in the top ten causes of death.

Objective: To determine the knowledge and self-care actions performed by diabetic patients of type 2 from a Health Services Provider institution in Monteria.

Method: Descriptive, quantitative study with 89 patients, selected through inclusion criteria, to which a survey was applied.

Results: The population studied has an average age of 36 years, female predominance and primary level of education. In self-care actions, they perform self-monitoring of blood glucose, adequate food but conditioned to the economic factor, enough rest, identify corporal changes, have therapeutic adherence pharmacological, attend promptly to controls, avoid the consumption of alcohol and tobacco; In general, have knowledge of the majority of self-care actions.

Conclusion: Most of the population under study performs some of the self-care actions recommended by health personnel, on the other hand, some participants have adequate knowledge to carry them out. Due to this, the necessity of recommend to the institution and the nursing professional, to check the educational processes and strategies in the search for better results in the knowledge and practices of self-care, for the prevention of acute and chronic complications, that allow a better quality of life of this population

Keywords: Self-care, knowledge, diabetes mellitus type 2.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan uno de los mayores desafíos para la salud y el desarrollo del siglo XXI; estas representan la principal causa de mortalidad en un número elevado de países”¹. Dentro de este grupo de enfermedades, se encuentra clasificada la Diabetes Mellitus-DM, definida por Letelier y Núñez², como una enfermedad de carácter crónico, no transmisible, y de etiología multifactorial, producida por defectos en la secreción o acción de la insulina, donde el 90 y 95% de las personas afectadas, presenta la denominada diabetes mellitus tipo 2- DM2.

Por su parte, el Ministerio de Salud Colombiano, señala que “cada año se presentan cuatro casos de diabetes tipo 2 por cada 100.000 personas, asociado al peso corporal y la inactividad física”³, por esta razón es considerada “una de las diez primeras causas de muerte en el país, además, en 2010, se estimó que el 3,4% del total de muertes a nivel nacional, fueron causadas por esta patología”⁴, a su vez, Rosales⁵, encontró en Colombia, que en el año 2000, la prevalencia

¹ OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas. 2014. p. 5. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

² LETELIER, Constanza J; NÚÑEZ, Daniel E y REY, Ricardo J. Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad. En: Psykhe [online]. Vol.20, n.2, noviembre de 2011, p. 115-130. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282011000200010 > ISSN 0718-2228.

³ El Espectador. [online]. Bogotá D.C. 15, julio, 2013. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/cada-ano-se-presentan-cuatro-casos-de-diabetes-cada-100-articulo-433749>

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. En: boletín de prensa 007. [online]. Bogotá D.C. 21, marzo, 2014. [citado el 03/10/2016]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

⁵ ROSALES, Mildred; BONILLA, Johanna; et al. Factores asociados al pie diabético en pacientes ambulatorios. En: Rev. Salud Uninorte [online]. Vol.28, n.1, febrero de 2012. p.67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a07.pdf> ISSN 0120-5552

de la población diabética fluctuó en el 2,8 %, y se calculó un 4,4 % para 2030, a causa del aumento del envejecimiento de la población y la creciente urbanización en el país.

Por lo anterior, en el año 2011, se crea el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, el cual respalda como carácter prioritario, “las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la obesidad y la diabetes, y mejorar la cobertura del tratamiento”⁶, al mismo tiempo, se hace necesaria la práctica de autocuidado y estilos de vida saludables en la población.

En efecto, el autocuidado es una herramienta fundamental en las personas con diabetes tipo 2, este es definido por Orem⁷, como una acción hecha a propósito para alcanzar una meta o resultado, en este caso es realizado, para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar, por consiguiente, se han creado programas con estrategias como “la educación para el autocuidado del paciente y el apoyo permanente para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones crónicas”⁸.

Por todas las situaciones anteriormente expuestas, nace la necesidad de determinar cuáles son los conocimientos y las acciones de autocuidado que realizan, 89 personas con diabetes tipo 2, inscritas en un programa de atención integral al paciente diabético tipo 1 y 2, en una IPS en Montería, en el segundo periodo académico del 2016, a través de la aplicación de una encuesta.

⁶ OMS. Op. Cit., p. 6

⁷ OREM, Dorothea Elizabeth. Normas Prácticas en Enfermería. Madrid.: Ediciones Pirámide S.A., 1983. ISBN 84-368-0224-1. p 54.

⁸ PIMENTEL, José A; SANHUEZA, Olivia; GUTIÉRREZ Juana M y GALLEGOS, Esther C. Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. En: Rev. Ciencia enfermería. [online]. vol.20, n.3, diciembre de 2014, p. 59. Disponible en: < <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0717-95532014000300006> > ISSN 0717-9553.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar conocimiento y acciones de autocuidado en personas diabéticas tipo 2, inscritas en un programa de manejo integral de diabetes en una IPS en Montería, con el fin de lograr una mejor calidad de vida en esta población.

1.2 ESPECÍFICOS

Identificar características sociodemográficas de la población objeto de estudio.

Describir los conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados en la población objeto de estudio.

Identificar acciones de autocuidado en la población objeto de estudio.

Proponer a la institución prestadora de salud estrategias para la educación de las personas inscritas al programa.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

Para fines de esta investigación se hace necesario, el desarrollo de la temática a continuación, la cual permite al lector conocer las generalidades de la diabetes tipo 2, y sobre todo la importancia de la práctica de autocuidado en este tipo de pacientes.

2.1.1 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una alteración a nivel metabólico de carbohidratos, proteínas y grasas, existe una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina con grados relevantes de resistencia a la misma. Asimismo, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

2.1.2 Clasificación de la diabetes mellitus

Esta enfermedad es clasificada de acuerdo a su etiología y características fisiopatológicas, la Federación Internacional de Diabetes (FID) denomina tres tipos de diabetes, los cuales son diabetes tipo 1, tipo 2 y diabetes en el embarazo o gestacional. Esta investigación guarda entera relación con la diabetes tipo 2, la cual se definirá a continuación

2.1.3 Diabetes mellitus tipo 2

Varios autores han creado conceptos a partir de las generalidades de esta enfermedad, en esta investigación será definida como “una enfermedad crónica, de naturaleza metabólica, no transmisible y de etiología multifactorial, producida por defectos en la secreción y/o acción de la insulina”⁹, a menudo es asociada con el

⁹ LETELIER, Constanza J; NÚÑEZ, Daniel E y REY, Ricardo J. Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad. En: Psykhe [online]. Vol.20, n.2, noviembre de 2011, p. 115-130. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282011000200010> ISSN 0718-2228.

sobrepeso o la obesidad, por lo cual inicialmente es tratada con ejercicio y dieta. En el mismo sentido, Sanz¹⁰, lo expresa como una combinación de resistencia periférica a la acción de la insulina y una respuesta secretora inadecuada de las células β pancreáticas.

También es definida como una “enfermedad de carácter metabólico, caracterizada por la hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas que resultan como consecuencia del defecto de la secreción o acción de la insulina”¹¹, por lo cual se debe llevar un control terapéutico de la misma.

2.1.4 Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2

Por lo general, estas personas son asintomáticas, es de importante utilidad identificar factores determinantes, como “personas mayores de 45 años, alteración de la glucemia en ayunas (AGA) en una prueba anterior, obesidad (IMC 30) o sobrepeso (IMC 25), inactividad física, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad, menores de 50 años, portadores de enfermedad coronaria, historia de enfermedad vascular cerebral o periférica”¹²; algunos factores de riesgo son modificables con cambios en los hábitos de vida, en especial en la alimentación y aumento de la actividad física.

¹⁰ SANZ-SÁNCHEZ I, BASCONES MARTÍNEZ A. Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. En: revista avances en Odontoestomatología [online]. Vol. 25, n.5, 2009, p. 249. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original2.pdf> ISSN 0213-1285

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Tomo II. Bogotá: 2007. p. 360. ISBN: 978-958-98220-0-5.

¹² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. OP. Cit., p 362.

2.1.5 Tratamiento

En la actualidad, el tratamiento de DM2 “tiene unas metas de control metabólico muy claras y estrictas, tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones micro y macroangiopáticas”¹³. Se debe constituir un equipo interdisciplinario, para la atención del paciente, con el propósito de desarrollar un plan de acción para el control de la misma.

Para contribuir a lo anterior, el paciente debe iniciar prácticas de autocuidado encaminadas a cambio de estilos de vida relacionados con la alimentación y práctica de ejercicio físico, con ello se “conduce a un control metabólico permanente mediante la normalización y mantenimiento del peso”¹⁴. Además, el equipo de salud debe tener en cuenta biopsicosocialmente a la persona para que pueda ocurrir la desaceleración en el desarrollo complicaciones tardías de la enfermedad.

Finalmente, cabe mencionar que Pech y colaboradores¹⁵, expresan que existe una falta de apego a los tratamientos, lo cual es un problema relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, pues conlleva altos costos para el paciente y la sociedad, ya que a las secuelas físicas se deben sumar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. Además, el apego al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas diabéticas.

¹³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Tomo II. Bogotá: 2007. p. 360. ISBN: 978-958-98220-0-5.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de salud. Colombia-2016

¹⁵ PECH ESTRELLA, Sergio; BAEZA BAEZA, Jesús; RAVEL PREN, María. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. En: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgica. Vol. 15, nº 4. 2010. [citado 2016-09-12] p. 211-215. Disponible en: < <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316086005.pdf> >. ISSN: 1665-7330

2.1.5.1 Educación en la persona con diabetes tipo 2

En cuanto a la educación, es importante que “todo paciente diabético ingrese a un programa educativo que lo apoye para que modifique sus estilos de vida, alcance los objetivos terapéuticos, y prevenga las complicaciones de la diabetes”¹⁶. Además, cabe anotar que la educación “facilita alcanzar las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas; además permite que la persona con DM2 se comprometa con su tratamiento”¹⁷, estas educaciones deben estar lideradas por personal entrenado en diabetología, en apoyo con personal interdisciplinario, el lenguaje utilizado se apropia al nivel educativo del paciente, para lograr captación de la información proporcionada en el receptor.

Por eso, Gómez¹⁸ al citar a Mendoza, sostiene que un enfermo bien informado colabora mejor y obtiene éxito en su auto cuidado. Si se acepta que la falta de conocimiento es de los principales factores influyentes en la actitud individual que lleva al incumplimiento de los tratamientos, es lógico señalar que uno de los primeros pasos para corregir tal actitud es el convertir la educación al enfermo en una obligación de la atención que ofrece el profesional de la salud.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda evaluar a los pacientes en temas sobre su enfermedad (Diabetes Mellitus tipo 2) y las habilidades que se han

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de salud. Colombia-2016

¹⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Tomo II. Colombia-2007.

¹⁸ GÓMEZ, ALMEYDA, E. La Educación, Aspecto Fundamental en el manejo integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Revista salud UIS. on line. Vol. 35. abril de 2003. p. 33-39, Citado por: Mendoza, J. Tratamientos incumplidos, una fuente de perjuicios para la salud. En: revista Tribuna médica, Vol. 94, n° 1, 1996, p. 3-9. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/viewFile/726/1012>. citado el 12 de septiembre de 2016

adquirido para su autocuidado, estas evaluaciones se deben realizar por lo menos anualmente, también se debe motivar para la educación continua.

2.1.5.2 Nutrición en personas con diabetes tipo 2

En este tipo de pacientes, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, recomienda una dieta fraccionada y balanceada, en la cual se tenga en cuenta los requerimientos individuales de cada paciente. Se tiene como objetivo en el manejo inicial “detectar deficiencias nutricionales existentes e identificar los factores de riesgo para enfermedades crónicas y los hábitos alimentarios que requieren ser modificados”¹⁹.

El paciente debe ser educado a cerca de la alimentación adecuada, con criterio individualizado y multifactorial para alcanzar las metas de control metabólico, donde se incluye los niveles de colesterol, triglicéridos, presión arterial, glucosa en sangre, y peso corporal adecuados, además es importante la voluntad de cambio de hábitos en el paciente.

Por otra parte, se recomienda adaptar la dieta mediterránea a las características del medio, pero conservando el predominio del consumo de vegetales, hortalizas, legumbres, cereales integrales, frutas enteras, frutos secos y aceite de oliva o nueces. Incluye consumo moderado de pescado, aves, productos lácteos bajos en grasa y vino con las comidas si forma parte del hábito del paciente. El consumo de carnes rojas, huevos y granos refinados debe ser esporádico.²⁰

2.1.5.3 Actividad física y ejercicio en diabéticos tipo 2

De acuerdo al Ministerio de Protección Social, se debe valorar detalladamente al paciente, en lo referente a complicaciones macro y microvasculares que puedan

¹⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Tomo II. Colombia-2007.

²⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de salud. Colombia-2016

empeorar con la actividad física, estos hallazgos permiten individualizar el plan de actividad física, para minimizar el riesgo del paciente, se ha encontrado que, si el paciente tiene adecuado nivel de glicemia, puede practicar actividad física sin limitaciones, desde el ocio hasta la práctica profesional de deportes, no obstante, se ha evidenciado que “todas las personas con DMT2 realizar, como mínimo, 30 minutos de actividad física, de intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana, y estimular a aquellos que ya la realizan, a que aumenten la intensidad o la duración de la misma”²¹, para lograr la adherencia a esta actividad.

También, se ha estipulado que “la persona con DM2 y exceso de peso debe entrar a un programa que le ayude a hacer una dieta con la reducción de ingesta calórica necesaria para perder peso y alcanzar un índice de masa corporal”²², también, se recomiendan “programas estructurados que combinen ejercicio físico con asesoramiento dietético, reducción de la ingesta de grasa (<30% de energía diaria), contenidos de hidratos de carbono entre 55%-60% de la energía diaria y consumo de fibra de 20-30 g. En pacientes con un IMC ≥ 25 kg/m² la dieta debe ser hipocalórica”²³, con el fin de alcanzar el control metabólico.

2.1.6 Acompañamiento familiar al paciente crónico

Teniendo en cuenta que la familia es la unidad básica de la sociedad y principal apoyo social en cada integrante de la misma, se hace necesario conocer las

²¹ ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la TIPO 2 MELLITUS DIABETES: Versión breve con herramientas para facilitar la aplicabilidad Para el Primer Nivel de Atención. p.14. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

²² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de salud. Colombia-2016

²³ ESPAÑA. MINISTERIO DE SALUD Y DE CONSUMO. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. 2008. ISBN: 978-84-457-2753-3. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

actitudes, creencias, expectativas frente la cronicidad de la enfermedad, determinantes importantes para la adaptación y aceptación por parte del paciente.

Luego del diagnóstico de diabetes, la familia debe enfrentar una serie de modificaciones sobre estilos de vida, es fundamental que todos los miembros se adapten al cambio que devenga una enfermedad crónica.

La dinámica familiar es importante en la toma de decisiones para mantenimiento de la salud, se debe hacer adecuado uso de los recursos para preservar la funcionalidad del núcleo. Según conclusiones de Yefi²⁴, cambiar los hábitos de vida, cuidarse, identificar alternativas, buscar apoyo y creer en sí mismo, son estrategias efectivas para vivir con diabetes, lo que quiere decir que el impacto de la enfermedad depende de la actitud con la que el individuo y la familia afronte la situación, por esto podría decirse que la aparición de la patología crónica sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada.

En teoría, conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema.²⁵

2.1.7 Complicaciones de la diabetes tipo 2

En la población con diabetes tipo 2, existe un elevado riesgo de desarrollar una serie complicaciones, estas pueden provocar discapacidad y hasta la muerte en el

²⁴ YEFI QUINTUL; Nivia. CIFUENTES R; Jeannette. PROGRAMA DE DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA Y SALUD FAMILIAR. La familia ¿apoyo o desaliente para el paciente diabético? En: tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria y promoción. Modulo I. 2005. p. 10. Disponible en http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf > [citado el 09 de abril de 2016]

²⁵ Ibid., p. 4

paciente. Por consiguiente, “la cifra elevada de glucosa en sangre, puede causar daño en corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, esta es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, amputación de miembros inferiores por pie diabético, inflamación de encías o gingivitis, y en el peor de los casos presentar la apnea del sueño”²⁶, en efecto, se brinda educación sobre autocuidado y práctica de estilos de vida saludable a la población, para prevenirlas.

2.1.8 Autocuidado en la diabetes tipo 2

Como quiera que la diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que devenga importante autocuidado en el estilo de vida del paciente, se hace necesario apoyar esta investigación en la teoría general de déficit de autocuidado.

Es por esto que, en un estudio sustentado por Hernández²⁷, esta teorista define la enfermería como una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Orem define el autocuidado como “una conducta aprendida por el individuo, que es proporcionada así mismo y a su entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”²⁸, este comportamiento influye en el cambio de los estilos de vida del paciente crónico, partiendo de un conocimiento previamente impartido por la agencia de enfermería, sobre la

²⁶ FID. Atlas de la diabetes. 6º Edición. 2013. ISBN: 2-930229-80-2. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/>

²⁷ HERNÁNDEZ CORTINA, Abdul y GUARDADO DE LA PAZ, Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. En: Rev cubana Enfermería [online]. vol.20, n.2 agosto de 2004, p. 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007 ISSN 1561-2961.

²⁸ RIVERA ÁLVAREZ; Luz, Autocuidado y capacidad de agencia de cuidado. En: revista avances de Enfermería. [online]. Vol. 24. N° 2. Julio-diciembre 2006. p. 92. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/35596/1/35969-147366-1-PB.pdf>

importancia de evitar factores de riesgo condicionantes para desarrollar complicaciones a corto y largo plazo.

La agencia de enfermería tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, es decir se definen las actividades requeridas por el individuo para cubrir los requisitos de autocuidado; según lo expresado por Dorothea, este proceso enfermería debe implementar una estrategia para lograr la autonomía del cuidado en el paciente diabético, el cual debe desarrollar la capacidad de funcionar y desarrollarse como un individuo independiente capaz de tomar decisiones adecuadas para el mantenimiento de su salud.

La teoría general del déficit de autocuidado, es subdivida por Orem en tres componentes: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que explica las relaciones que hay que mantener, de esta manera y teniendo en cuenta el objetivo de la investigación el primer componente descrito será de utilidad para entender la importancia de auto cuidarse en diabéticos tipo 2.

En acuerdo con la teoría de autocuidado de Orem y lo citado por Amores²⁹, el cuidado se inicia de manera voluntaria, que es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Además, Orem planteo elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales como condicionantes para la proporción de cuidado autónomo en el individuo y fomentar la capacidad de usar su red de apoyo familiar o del personal de salud.

²⁹ AMORES HERNÁNDEZ; Virginia. Conocimientos de Autocuidado en pacientes Diabéticos Tipo 2. Querétaro, 2013. p. 29. Tesis (maestra en ciencias de Enfermería). Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/603/1/RI000089.pdf>

Esta teórica considera requisitos de autocuidado, un conjunto de acciones que se deben llevar a cabo, que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas, por lo cual postula tres tipos de requisitos de autocuidado: requisito de autocuidado universal, del desarrollo, y en caso de desviación de la salud.

En la diabetes tipo 2, se busca la adaptación y aceptación de la enfermedad crónica del paciente. Según Orem, el requisito de autocuidado de desviación de la salud existe para personas enfermas o lesionadas, donde se afectan estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos. En esta patología la práctica de autocuidado condiciona la independencia del individuo y el descuido aumenta la posibilidad de complicaciones que disminuyen el funcionamiento integral del mismo.

Es por esto que en un estudio realizado por Prado³⁰, menciona que el tipo el grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, direcciona el cuidado terapéutico y las intervenciones ejercidas por el personal interdisciplinario, es decir el sistema de enfermería requerido depende de la actitud y situación de salud del paciente.

De esta manera la meta en los pacientes crónicos es el desarrollo de un sistema de apoyo educativo “cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado”³¹, el paciente debe mostrarse interesado y participativo en la práctica de su autocuidado, se debe evaluar y reforzar los conocimientos para lograr los objetivos en materia de estilos de vida saludables para mitigar la presencia de factores de riesgo para la salud.

³⁰ PRADO, Liana A; GONZÁLEZ, Maricela; PAZ, Noelvis y ROMERO, Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. En: Rev. Medica Electrónica. [online]. Vol.36, n.6, diciembre de 2014, p. 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004 ISSN 1684.

³¹ Ibid., p.835-845.

2.2 MARCO REFERENCIAL

En México, estudiantes de medicina de Academia Nacional de Medicina hacen estudio piloto abordado de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2.

En este estudio se incluyeron 70 pacientes con diabetes tipo 2 asignados en forma aleatoria a tres grupos de estudio: grupo control (GC) que continuó con el programa habitual de tratamiento; un segundo grupo (GCR), que recibió un curso educativo después de seis meses; un tercer grupo (GRT), asignado a recibir llamadas telefónicas mensuales para promover conductas de autocuidado e intentar detectar y solucionar problemas. Se practicaron diversos cuestionarios y análisis de laboratorio al inicio y un año después.

Al año de seguimiento se evidenció que los tres grupos mejoraron en forma significativa sus conocimientos en diabetes. Ambos grupos experimentales mejoraron su adherencia al plan de alimentación. El GRT también mejoró su adherencia al tratamiento farmacológico. No se observaron cambios significativos en el control glucémico, prevalencia de depresión o disfunción emocional asociada a la diabetes.

Estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad de la Sabana de México, realizan un estudio con el propósito de demostrar la educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem.

El resultado fue que el promedio de pasos/día mostró relación inversa con el IMC ($r_s = -0,282$, $p < 0,01$) y la CC ($r_s = -0,300$, $p < 0,01$). La comprensión en diabetes tuvo relación positiva con el ejercicio ($r_s = 0,179$, $p = 0,04$). Las mujeres fueron quienes tuvieron mayor porcentaje de grasa corporal ($p < 0,05$). Conclusiones: los hallazgos tienen implicaciones importantes para el ejercicio práctico de la profesión

de enfermería que juega un papel esencial en el fomento de la actividad física y otros comportamientos básicos de autocuidado a través de la educación que basada en teoría se hace necesaria para el avance en el conocimiento de la disciplina.

En México, en el año 2008 Maya³², realiza un estudio con pacientes de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo del Distrito Federal. La muestra la conformaron 38 pacientes divididos en un grupo experimental y un grupo control. La valoración incluyó datos socio-demográficos, las capacidades especializadas, adaptación al padecimiento y acciones de autocuidado. Resultó que el grupo experimental logró incrementar las capacidades especializadas de autocuidado de 69.47% a 82.33%. Asimismo, mejoró la adaptación al padecimiento de 76.85% a 84.46%. Otros indicadores que registraron disminución fueron el nivel de glucemia y el índice de masa corporal.

De igual manera Cruz³³, en 2014 estudia en dos comunidades del estado de México, en donde se busca analizar el género como factor de riesgo para el autocuidado en diabetes mellitus tipo 2. El resultado del estudio da a conocer los factores no clínicos que pueden considerarse como diferenciales de género. La prevención considera aspectos educativos de autocuidado con un abordaje transdisciplinario e incorporando a la familia para el cuidado de la salud, por sus creencias, saberes y prácticas.

³² MAYA MORALES, Andrés; et al. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En: Revista CONAMED [online] Vol. 13, Nº. Extra 2, 2008, p. 30-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627021> ISSN-e 1405-6704.

³³ CRUZ-BELLO, Patricia et al. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Papeles de población [online]. Vol.20, n.80, 2014 [citado en 2016-07-18], p.119-144. Disponible en: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005 >. ISSN 1405-7425.

Por su parte, Enfermeros de la Universidad Autónoma de Nuevo León³⁴, realizan un estudio que busca definir las capacidades especializadas de autocuidado del paciente diabético tipo 2, a partir de lo expresado por ellos sobre el cuidado de la enfermedad. Los resultados mostraron acciones de autocuidado relacionados con la condición del diabético, con el tratamiento y sus efectos, con cambio de hábitos y actitudes. Las capacidades especiales necesarias son de tipo físico, mental, emocional y de orientación, las cuales son categorías que corresponden al modelo presentado por Backscheider y pueden ser usadas como marco de referencia al elaborar programas educativos en pacientes diabéticos tipo 2.

En otro estudio realizado en México, por Pimientel y colaboradores³⁵, se analizó la evidencia respecto a la evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes, a través de la búsqueda de artículos científicos introduciendo las palabras clave en las bases de datos EBSCO, PUBMED y buscador Google Académico. Se seleccionaron y revisaron artículos publicados desde enero 2001 hasta diciembre 2012. Fueron seleccionadas y analizadas ocho intervenciones dirigidas a personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) de entre 30 y 85 años de edad, con mal control glucémico (HbA1c >7.4%) al inicio de la intervención.

³⁴ GALLEGOS, Esther, CÁRDENAS, Velia, SALAS, María. Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2. En: revista investigación y educación para enfermería. En línea. Vol. 17, nº 2, septiembre de 1999. [citado en 2016-07-18], p.23. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16864/14602>

³⁵ PIMENTEL JAIMES, José Alfredo; SANHUEZA ALVARADO, Olivia; GUTIÉRREZ VALVERDE, Juana Mercedes y GALLEGOS CABRALES, Esther Carlota. evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. En: revista Ciencia y enfermería [online]. vol.20, n.3, 2014, pp. 59-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300006. ISSN 0717-9553.

A partir de esto, se reflejó en cuanto a los resultados clínicos y bioquímicos después de la intervención, el IMC y la HbA1c se redujeron significativamente a los 6 meses ($p<0.001$, 1 estudio), 12 meses ($p<0.001$, 3 estudios), 2 años ($p<0.001$, 2 estudios), 3 años ($p<0.001$, 1 estudio), 4 años ($p<0.001$, 1 estudio) y 5 años ($p<0.001$, 1 estudio). Se reportó un buen nivel de conocimientos sobre la diabetes a los dos, cuatro y cinco años de seguimiento ($p<0.001$, 3 estudios). Se mantuvieron los cambios benéficos en el autocuidado a los 6 y 12 meses, dos, tres y cinco años respectivamente ($p<0.001$, 5 estudios), y también se reportaron mejoras en la calidad de vida a los 6 y 12 meses, dos, tres y cinco años ($p<0.001$, 7 estudios).³⁶

En 2010, se realiza un estudio en diez adultas mayores con un promedio de 63 años, en la unidad de Salud de San Pedro Arriba, Municipio de Temoaya del estado de México, Méndez y colaboradores³⁷, describieron las actividades de autocuidado en diabéticos tipo 2, inscritos al programa de enfermedades crónicas degenerativas. Se utilizó el método etnográfico, el cual aporta el punto de vista narrativo de la realidad, a través de la entrevista se encontró que las acciones de autocuidado que llevan a cabo los adultos mayores son: ejercicio, cuidado de la boca, dieta, monitoreo y cuidado de sus extremidades inferiores, todo esto en un contexto propio de cada persona, donde existen un conjunto de valores, creencias, tradiciones, símbolos, lenguaje y organización social significativos para los miembros de un grupo, en este caso de los adultos mayores.

En el poblado de San Antonio Tecomitl, ubicado en la Delegación de Milpa Alta, D.F, Díaz y colaboradores³⁸, realizan un trabajo que refiere la experiencia con un grupo

³⁶ Ibid., p. 60

³⁷ MÉNDEZ SALAZAR, Vianey; BECERRIL ESTRADA, Verón, entre otros. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. En: revista de Ciencia y enfermería [online]. vol.16, n.3, 2010 [citado el 2016-07-02], p.103-109. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0717-95532010000300011. ISSN: 0717-9553

³⁸ DÍAZ NIETO, Laura.; GALÁN CUEVAS, Sergio.; FERNÁNDEZ PARDO, Gustavo. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. En: revista de salud pública de México. Vol 35, n°2, p. 169-176. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001275> ISSN: 00363634

de autocuidado de diabetes La intervención se llevó a cabo con seis pacientes mujeres diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, con diversas etapas de evolución de la enfermedad; todas con un promedio de edad de 63.6 años.

El grupo de pacientes se reunió una vez por semana, durante dos horas, Salcedo y colaboradores³⁹, en sesiones diferentes le proporcionaron: a) información del proceso de la diabetes mellitus, b) entrenamiento en autocontrol y, c) relajación profunda. En cada sesión se evaluó la glucemia, el peso y la tensión arterial de cada paciente. Los resultados de la intervención no señalan correlación entre el peso y la tensión arterial, pero se encontró una variación significativa en los niveles de glucemia de los pacientes, luego de las intervenciones necesarias.

Se determinó que el promedio de conocimiento cultural sobre los aspectos analizados fue similar en ambos grupos, solamente el nivel de conocimiento relacionado a “Cómo debe ayudar la familia a un adulto para estar sano” fue estadísticamente significativamente mayor en pacientes controlados.

En 2005, se exploró el nivel de conocimientos de autocuidado y se identificó los niveles de glicemia inicial y final de un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Se encuestó a 69 pacientes diabéticos seleccionados por convivencia.

De lo anterior, Guzmán y colaboradores⁴⁰, determinaron que la mitad de los casos tiene conocimiento aceptable acerca de la enfermedad y complicaciones, en contraste 71% de ellos están en nivel aceptable de auto cuidado. Se observó

³⁹ SALCEDO ROCHA, Ana; GARCÍA de ALBA, Javier; SEVILLA, Elizabeth. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. En: Revista de salud pública de México [online]. Vol. 42, n° 2, 2008, p. 256-264. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/5961.pdf> ISSN: 0036-3634

⁴⁰ GUZMÁN PÉREZ, MI, CRUZ CAUICH, AJ, PARRA JIMÉNEZ, J. Control glicémico, conocimientos y autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. En: revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social. Vol. 13. N° 1. 2005. citado el 9 abril de 2016. p. 9-14. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=4394> ISSN: 0188-431X

cambio favorable en 40 pacientes, la disminución de glicemia promedio fue de 93.98 mg/dL \pm 95.97 ($p \leq 0.05$).

En 2007, Se realizó un estudio, donde realizaron una cuantificación de la prevalencia y los factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes con diabetes tipo 2, Amador y colaboradores⁴¹, mediante muestreo probabilístico seleccionaron 200 pacientes diabéticos tipo 2 a quienes se aplicó una encuesta transversal analítica. Se encontraron 125 pacientes con autocuidado (65%) que conformó el grupo A. Por otro lado, los pacientes que estaban sin autocuidado fueron 75 (37.5%) integrados en el grupo B. Para el grupo A el nivel de glucemia en ayunas fue de 170 mg/dl, mientras que el grupo B fue de 202. $p < 0.05$. La familia desintegrada tuvo un riesgo de 4.62 $p < 0.00$ para la práctica del autocuidado. No padecer ansiedad o depresión ($p = 0.00$) fue un factor favorable.

2.3 MARCO LEGAL

Teniendo en cuenta los aspectos generales del estudio, se trae a consideración la normativa vigente.

Ley 9 de 1979 instituye que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades crónicas para disminuir la prevalencia de estas patologías.

Resolución 3997 de 1996, se fundamenta las actividades y procedimientos para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que se crea en la Ley 100 de 1991. Además, se menciona en el acuerdo 117 de 1998, el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de

⁴¹ AMADOR DÍAZ; MÁRQUEZ, CELEDONIO. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. En: Revista de medicina familiar. Vol 9. n.2. 2007. p. 45-99
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf> [citado el 9 abril de 2016]

demanda inducida y la atención de las enfermedades de interés en salud pública en las cuales la diabetes mellitus se cobija.

Resolución 0412 del 2000, se instauran las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Inmersa a esta norma se haya la guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 que tiene como meta detectar oportunamente los casos, brindar el tratamiento oportuno para prevenir o retardar la progresión de las complicaciones agudas o crónicas, con el fin de reducir la morbilidad, mortalidad, los costos sociales, económicos y optimizar las acciones de rehabilitación.

En Colombia se crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) cuyos lineamientos se encuentran en el Decreto 3518 de 9 octubre de 2006, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública, creando estrategias para la disminución de la prevalencia de casos de DM2, entre otras enfermedades.

Ley 1355 de 14 de octubre de 2009, se señala la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles como una prioridad en salud pública y se adoptan las medidas para su control, atención y prevención en busca estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable, actividad física, actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables, los cuales son de importancia para la práctica de autocuidado en la población.

Ley 1438 de 2011 se fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que se encuentran en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantean que el consumo de alcohol, el consumo

y exposición a humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable como los cuatro factores de riesgo comportamentales a los cuales se les atribuye la aparición de los cuatro grupos de enfermedades no transmisibles como son el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y las enfermedades de vías respiratorias inferiores, por tal razón implementa la estrategia 4x4 en el año 2011 como herramienta de control para este evento en salud pública.

Po su parte, la Federación Internacional de Diabetes lanza el primer plan mundial contra la Diabetes programado para la década 2011-2021, el cual tiene como objetivos principales mejorar los resultados sanitarios de las personas con diabetes, prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2, acabar con la discriminación contra las personas con diabetes, con el propósito de buscar soluciones eficaces a esta epidemia que representa un desafío para la salud en el siglo XXI.

Asimismo, Se crea un plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles entre 2013- 2020, este ofrece un menú de intervenciones costo efectivas y de opciones de política para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, basándose en lo ya logrado mediante la aplicación del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el periodo 2008-2013 en convenio de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En marzo de 2016, El Ministerio de Salud y Protección Social, mancomunado con la Pontificia Universidad Javeriana y a la Alianza de las Universidades Javeriana, Nacional y Antioquia, desarrollan la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes tipo 2 en la población mayor de 18 años, la cual está basada en las mejores evidencias y que será una gran herramienta para la prestación de los servicios de la salud, en cualquier nivel de complejidad.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 Autocuidado

Es definido por Orem⁴², como la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Para este estudio el autocuidado será definido como la realización constante de acciones encaminadas a la protección de la salud física, emocional, social y espiritual de sí mismo, con el fin de mantener calidad de vida.

El autocuidado devenga el desarrollo de habilidades y destrezas, las cuales son determinadas de acuerdo al nivel de conocimiento y las necesidades de cada persona, sumado a esto es de elevada importancia la decisión o voluntad de cuidarse.

2.4.2 Persona con diabetes tipo 2

Persona con diagnostico medico de diabetes tipo 2, adulto, mayor de 18 años, residente en Montería, inscrito en un programa de manejo integral de la patología de un centro especialista en enfermedades crónicas no transmisibles ubicado en la ciudad de Montería, que asiste puntualmente a consultas educativas sobre la importancia del autocuidado y las generalidades de la patología que padece.

2.4.3 Acciones de autocuidado

Se define como la práctica regular de hábitos saludables, tales como realización continua de ejercicio físico para la quema de calorías, mantenimiento de IMC, perímetro abdominal, niveles de presión arterial adecuados, como también, dormir las horas suficientes que permitan su descanso y bienestar, seguir plan de alimentación acorde a los requerimientos nutricionales y la patología padecida, en horario adecuado.

⁴² OREM, Dorothea Elizabeth. Normas Prácticas en Enfermería. Madrid.: Ediciones Pirámide S.A., 1983. ISBN 84-368-0224-1. p 54.

De igual manera, la toma del tratamiento farmacológico en dosis correcta y horario adecuado, realizar automonitoreo e interpretar cifras obtenidas si lo requiere, conocer las metas usuales en lo referente a glicemia en ayuno, postprandial y hemoglobina glicosilada, usar calzado adecuado para evitar lesiones en pies, asistir puntualmente a sus controles, conocer sobre su patología y cuidados mediante la información del equipo de salud.

2.4.4 Manejo integral

Hace referencia a todas las intervenciones que devenga tratar la Diabetes Mellitus tipo 2. En estas actividades interviene un equipo interdisciplinario de manera ambulatoria, por lo cual es importante la colaboración del paciente con su autocuidado, el propósito es mantener la calidad de vida en esta población, reduciendo la morbilidad y mortalidad asociada a esta patología.

Entre otras cosas, el manejo integral de la patología, permite al personal de salud conocer periódicamente el estado de salud del paciente, teniendo en cuenta lo que expresa verbalmente, la monitorización de laboratorios, la valoración física, y la identificación de las situaciones que desvían la salud de la población, este proceso debe ser programado por parte del personal de salud, contrastado con la situación de riesgo del paciente.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo trasversal, con abordaje cuantitativo.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Institución prestadora de servicios de salud, encargada de la atención a personas con enfermedades no transmisibles, en la ciudad de Montería- Córdoba, la cual cuenta con equipo interdisciplinario capacitado, con un modelo de atención integral fundamentado en la educación terapéutica y autocuidado para mejorar la calidad de vida de sus pacientes, además con sistema de información confiable, atención intermunicipal, en gestión de ampliación de su infraestructura para la mejora continua de la prestación de sus servicios.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Una población total de 912 pacientes diabéticos tipo 2, mayores de edad, residentes en Montería, adheridos e inscritos en el programa de manejo integral de diabetes en una IPS, de los cuales 89 personas cumplieron con criterios de inclusión, en el segundo periodo académico de 2016.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis se compone por 89 personas diabéticas tipo 2, inscritos en un programa de manejo integral de diabetes tipo 1 y 2 en una IPS en Montería, en el segundo periodo académico de 2016.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo a partir de una encuesta elaborada por la investigadora, bajo asesoría de docente encargada, la cual estuvo compuesta de preguntas abiertas y cerradas, cuya valoración se verifica en escala tipo Likert para nunca,

algunas veces, siempre, que permite identificar cuáles son los conocimientos y las acciones de autocuidado que realiza la población en estudio, además complementar la información desde el propio concepto de los participantes, con respecto a algunas variables.

Los sujetos seleccionados para hacer parte de la investigación fueron encuestados en la sala de espera de las instalaciones de la IPS, explicándoles previamente con lenguaje sencillo y veraz los objetivos y aspectos relacionados con el estudio, también se pidió de manera amable su colaboración y participación en la investigación.

3.6 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en la misma institución y población objeto de estudio.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.7.1 Criterios de inclusión

Persona con diagnóstico de diabetes tipo 2, residente en la ciudad de Montería, mayor de edad, inscrito en el programa de atención integral al paciente diabético tipo 1 y 2 en una IPS en Montería, con disponibilidad y voluntad para participar en el estudio, con capacidad de responder preguntas cerradas y abiertas

3.7.2 Criterios de exclusión

Persona diabética tipo 2, sin disponibilidad y voluntad para participar en el estudio, no adherida al programa de manejo integral de diabetes tipo 1 y 2, con menos de 3 meses de estar diagnosticada, o con déficit neurológico.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.8.1 Organización y tabulación de datos. Se elaboró una base de datos en el programa Excel, versión 2010, en la cual se tabulo la información.

El análisis e interpretación de los resultados se hace mediante el uso de estadística descriptiva como distribución de frecuencias y su contrastación con el marco teórico que sustenta el estudio.

3.9 ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Teniendo en cuenta la normativa señalada en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud Colombiano, para la investigación en el área de la salud, este estudio es considerado sin riesgo ético. Los sujetos que hicieron parte de esta investigación participaron de manera voluntaria y se les garantizó total prudencia con la información proporcionada, por tal razón no se utilizan nombres, ni documentos de los mismos.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presentación de hallazgos se inicia con la caracterización sociodemográfica de esta población, luego se presentan los resultados relacionados con las acciones que realizan y los conocimientos que tiene la población en estudio, para el mantenimiento de la salud y evitar complicaciones.

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Tabla 1. Edad

Grupo de edad	Total	%
Adulto joven 18 – 40 años	7	8.0
Adulthood :> 40-60 años	44	49.0
Vejez (adultos mayores): > 60 Años	38	43.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Las edades de los participantes en el estudio fluctuaron entre 29 y 87 años, con promedio de edad de 36 años, se organizó la información en intervalos de edad para la etapa adulta y se encontró que el mayor porcentaje de la población se representó en 49% con edades entre 40 y 60 años, 43% mayores de 60 años, y 8% entre 18 y 40 años, lo cual es similar a lo citado por la Revista Panamericana de la Salud, quien menciona que “la diabetes tipo 2 aparece en la edad madura, pasados los 45 años de edad”⁴³, es importante anotar que el 8% de la población, presenta la enfermedad a una edad temprana, probablemente por antecedentes de la patología

⁴³ Asociación entre la edad del diagnóstico de diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno. En: revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2003, vol.14, n.6 [citado 2016-09-12], p.434-435. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003001100010&lng=en&nrm=iso >. ISSN 1680-5348.

en primer grado de consanguinidad y la poca práctica de autocuidado, a través de los estilos de vida saludable.

Tabla 2. Sexo

Sexo	Total	%
Femenino	65	73.0
Masculino	24	27.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Predomina el sexo femenino con 73% del total de la muestra, acorde con lo expresado por Palacios y colaboradores⁴⁴, los cuales sustentan que la prevalencia de DM2 es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 3. Estado civil

E. Civil	Total	Porcentaje
Casado/a	30	34%
U. Libre	30	34%
Soltero/a	22	25%
Viudo/a	7	8%
Total	89	100%

Fuente: encuesta

Con respecto al estado civil, 34% están casados, al igual 34% viven en unión libre, 25% solteros y el 8% viudo.

⁴⁴ PALACIOS, Anselmo; DURAN, Maritza y OBREGON, Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [online]. Vol.10. 2012 [citado 2016-09-12], pp. 34-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400006> ISSN 1690-3110.

Con relación a esto, Pech y colaboradores⁴⁵, consideran importante indagar sobre las interacciones entre los miembros de la familia, con esto se busca evaluar el contexto familiar y determinar los riesgos de fracaso o posibilidades de apoyo familiar que permitan a los pacientes mejores condiciones para el autocuidado, para alcanzar las metas propuestas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Tabla 4. Nivel de escolaridad

N. Escolar	Total	%
Analfabeta	11	12.0
Primaria	40	45.0
Secundaria	28	31.0
Técnico	7	8.0
Universidad	3	3.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

El nivel de escolaridad en la población en estudio, fue 45% primaria, 31% con estudios de secundaria, 12% analfabeta, y el menor porcentaje con 11% estudios técnicos y universitarios. Partiendo del porcentaje encontrado con analfabetismo, Gómez⁴⁶, al citar a Aliendres, expresa que el paciente diabético es tal vez el modelo del enfermo crónico donde la presencia del analfabetismo hace sus peores estragos, esto incide desfavorablemente en el cumplimiento de las indicaciones médicas, por actitudes del paciente que generan deserción farmacológica o abandono de las formulaciones dietéticas. De igual manera, la identificación de estos índices de escolaridad donde predominan la primaria, secundaria y el

⁴⁵ PECH ESTRELLA, Sergio; BAEZA BAEZA, Jesús; RAVEL PREN, María. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. En: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgica. Vol. 15, nº 4. 2010. [citado 2016-09-12] p. 211-215. Disponible en: < <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316086005.pdf> >. ISSN: 1665-733

⁴⁶ GÓMEZ, ALMEYDA, E. La Educación, Aspecto Fundamental en el manejo integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Revista salud UIS. on line. Vol. 35. abril de 2003. P. 33-39. Citado por: Aliendres, R. Diabetes y analfabetismo. Boletín de la Federación Bolivariana de Educación diabetológica, 1993;1. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/viewFile/726/1012>. citado el 12 de septiembre de 2016

analfabetismo, obligan a la institución de salud a buscar estrategias que permitan realizar la educación acorde a estos niveles, para conseguir el adecuado adiestramiento de la persona, para que lleve a cabo los cuidados necesarios de su enfermedad.

Tabla 5. Tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo de evolución de la enfermedad en años	Total	%
< 5	43	48.0
6-10	28	31.0
11-15	5	6.0
16-20	9	10.0
21-25	1	1.0
26-30	1	1.0
31-35	2	2.0
total	89	100.0

Fuente: encuesta

En cuanto al tiempo de diagnóstico, 48% del total de la muestra tiene 5 años o menos de haber sido diagnosticado con DM2, 31% entre 6 y 10 años y el 20% restante tiene de 11 a 35 años de evolución de la enfermedad, con relación a esto, Casanova y colaboradores⁴⁷, encontraron que los diabéticos con menos de 10 años de evolución de la enfermedad muestran escasos conocimientos, lo que denota pobre preocupación por la adquisición de información en los primeros años de padecer la enfermedad. Estos resultados infieren la necesidad de que la educación diabetológica sea un proceso continuo, en el que se debe “mostrar preocupación y empatía hacia el usuario, favorecer el acercamiento de los pacientes a los servicios

⁴⁷ CASANOVA MORENO, María de la C et al. Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Ciencias Médicas [online]. Vol.15, n.2. junio de 2011 [citado el 13 de septiembre de 2016], p. 122-132. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200012>. ISSN 1561-3194.

de salud”⁴⁸, propiciando espacios para reforzar los conocimiento y autocuidado en esta población.

Tabla 6. Antecedentes familiares de DM2

A. Familiar	Total	%
Padre	16	18.0
Madre	24	27.0
Hermanos	14	16.0
Ninguno	35	39.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

El 61% de la muestra tiene antecedentes familiares de DM2 en primer grado de consanguinidad, lo cual es considerado un factor de riesgo clínico por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). No obstante, el 39% manifestó no tener antecedentes. En general, el 27% tiene antecedentes maternos, el 18% paternos, y el 16% hermanos con la patología, esto probablemente se relaciona con lo afirmado por Palacios y colaboradores⁴⁹, quien expresa que definitivamente la DM2 se acompaña de una gran predisposición genética, agregan que aquellos individuos con un padre diabético tienen un 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad, si ambos padres son diabéticos el riesgo se eleva a un 70%.

⁴⁸ MEDEL ROMERO, Brenda Cintia y GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. En: Index Enfermería [online]. vol.15, n.52-53, 2006, [citado 2016-09-22] p.16-19. Disponible en: < http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006001100004 >. ISSN 1132-1296

⁴⁹ PALACIOS, Anselmo; DURAN, Maritza y OBREGON, Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [online]. Vol.10. 2012 [citado 2016-09-12], p. 34-40. Disponible en: < http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400006 > ISSN 1690-3110.

Tabla 7. Índice de masa corporal (IMC)

IMC	Total	%
Bajo Peso	0	0.0
Normopeso	38	43.0
Sobrepeso	34	38.0
Obesidad Grado I	13	15.0
Obesidad Grado II	3	3.0
Obesidad Grado III	1	1.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Se calculó el IMC de la población en estudio, teniendo en cuenta que “se ha reconocido como la más valiosa herramienta para evaluar el sobrepeso corporal y la obesidad”⁵⁰. A partir de esto, se obtuvo como resultado que el 43% de los pacientes con DM2 de la muestra se encuentra dentro del peso normal, 38% con problemas de sobrepeso, y 19% presenta obesidad.

Además, cabe anotar que se ha comprobado, que el Índice de Masa Corporal no proporciona información acerca de la distribución de la grasa corporal. Esto es un aspecto de relevancia, ya que se ha establecido que el lugar de depósito y la distribución de la grasa en el cuerpo representa un riesgo diferente, correspondiendo al tejido adiposo abdominal y más específicamente al tejido adiposo perivisceral (mesenterio, omentos) el que se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras.⁵¹

⁵⁰ JUSTO ROLL, Iván y ORLANDI GONZÁLEZ, Neraldo. Diabetes y obesidad: Estudio en un área de salud. En: Revista Cubana Medicina General Integral [online]. vol.21, n.5-6, diciembre de 2005 [citado 2016-09-12]. Disponible en: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500006 >. ISSN 1561-3038.

⁵¹ MORENO GONZALES, Anselmo. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. En: Revista Chilena de cardiología. [online]. Vol. 29. marzo de 2010. [citado 2016-09-12]. P. 85-89 Disponible en: < <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art08.pdf> >.

Tabla 8. Perímetro abdominal

Clasificación	Masculino	%	Femenino	%
Normal	14	58.0	19	29.0
Elevado	10	42.0	46	71.0
Total	24	100.0	65	100.0

Fuente: encuesta

Para complementar el hallazgo anterior, se toma perímetro abdominal, se encuentra que en mayor porcentaje (71%), la población femenina presenta aumento del perímetro abdominal mayor a 80cm y 42% de la población masculina también presenta esta condición, esto denota la predisposición de estos pacientes a la enfermedad actual (DM2), como también a la inestabilidad o mayor requerimiento en el tratamiento farmacológico para control de la misma.

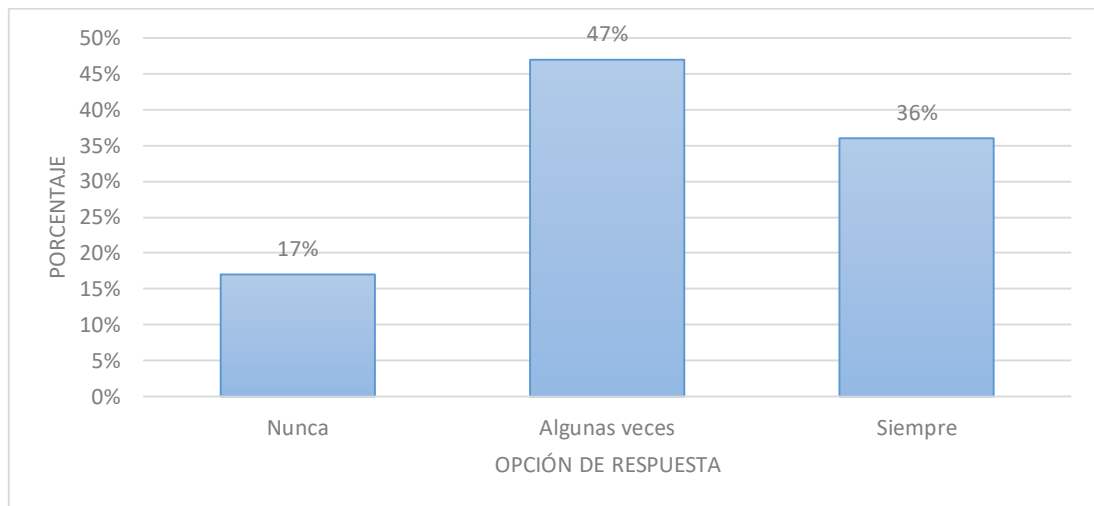
4.2 CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SUS CUIDADOS

Tabla 9. Cumplimiento de metas de niveles de glicemia en sangre, establecidas por el programa de manejo integral al diabético.

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	15	17.0
Algunas veces	42	47.0
Siempre	32	36.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 1. Cumplimiento de metas de niveles de glicemia en sangre, establecidas por el programa de manejo integral al diabético



Fuente: encuesta

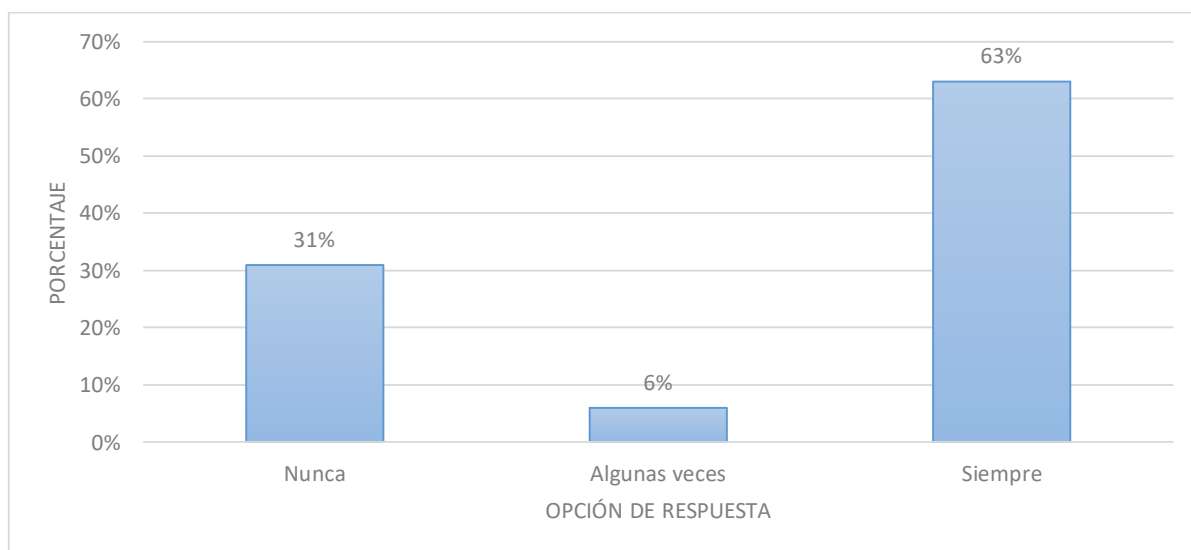
De acuerdo a lo anterior, el 47% de las personas diabéticas de la muestra manifestaron que algunas veces cumplían las metas glucémicas, 36% siempre las cumplen, y 17% nunca, con relación a las metas establecidas en el Modelo de Atención al Diabético de la IPS y las señaladas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA), las cifras de glicemia adecuadas para mantener un control metabólico corresponden a 90 a 130 mg/dl preprandial y < 180 mg/dl postprandial, con referente a este aparte, un porcentaje significativo de la población en estudio manifestó cumplir siempre o algunas veces las metas establecidas por el programa en lo referente a niveles de glicemia, aunque los pacientes no expresaron con claridad o exactitud los valores establecidos, estos relacionan los juicios lanzados por los médicos, con su cumplimiento de las metas e indicaciones médicas.

Tabla 10. Reconocimiento de signos y síntomas desencadenados por manejo inadecuado de la patología

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	28	31.0
Algunas veces	5	6.0
Siempre	56	63.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 2. Reconocimiento de signos y síntomas desencadenados por manejo inadecuado de la patología



Fuente: encuesta

El reconocimiento de signos y síntomas de complicación por manejo inadecuado de la patología, se da en 63% de la población en estudio, 31% nunca ha sentido nada y 6% algunas veces lo ha percibido, con respecto a esta sintomatología, los pacientes al haber tenido un episodio de hiperglicemia han presentado resequead en la boca (19%), sed (19%), visión borrosa (16%), mucha hambre (polifagia) (7%), orino

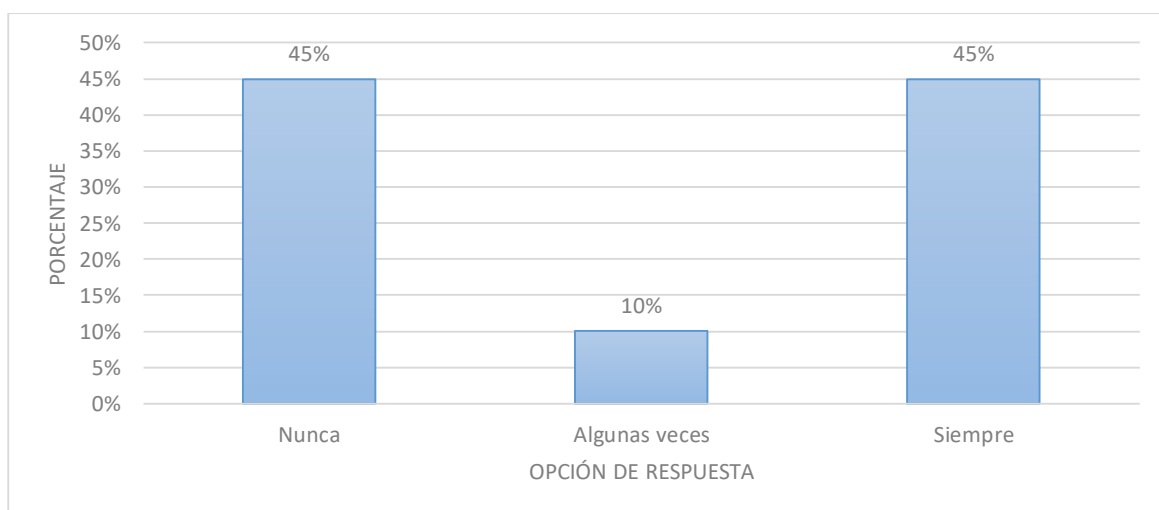
bastante (poliuria) (18%), dolor de cabeza (21%), mucho calor (13%) y como signos o síntomas de hipoglicemia: debilidad (15%), sudoración fría (6%), mareo (17%), cansancio (8%), estas manifestaciones coinciden con la literatura científica cobijada por la OMS, la cual hace mención de aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia), entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies, fatiga y visión borrosa, como signos y síntomas de complicación de esta patología.

Tabla 11. Acciones correctivas en caso de crisis por aumento o disminución de los niveles de glicemia

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	40	45.0
Algunas veces	9	10.0
Siempre	40	45.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 3. Acciones correctivas en caso de crisis por aumento o disminución de los niveles de glicemia



Fuente: encuesta

El 45% la población DM2 en estudio, siempre sabe qué hacer en caso de presentar una crisis por aumento o disminución de los niveles de glicemia, en igual porcentaje, el 45% nunca sabe qué acciones tomar, y el 10% algunas veces sabe cómo actuar ante las situaciones anteriormente planteada, además se determinó que las personas con diagnóstico de DM2 incluidas en este estudio, al sufrir una crisis repentina de hiperglicemia o hipoglicemia: consultan a urgencias (10%), toman medidas en el domicilio como: tomar plantas medicinales (7%), reposo (7%), comer un dulce en caso de hipoglucemia (7%), controlarse en la alimentación (6%), tomar los medicamentos tanto orales como inyectables (25%), tomarse la glucometría (10%), y el 36% manifestó no saber qué hacer, en número elevado de casos, por no haber presentado estos síntomas

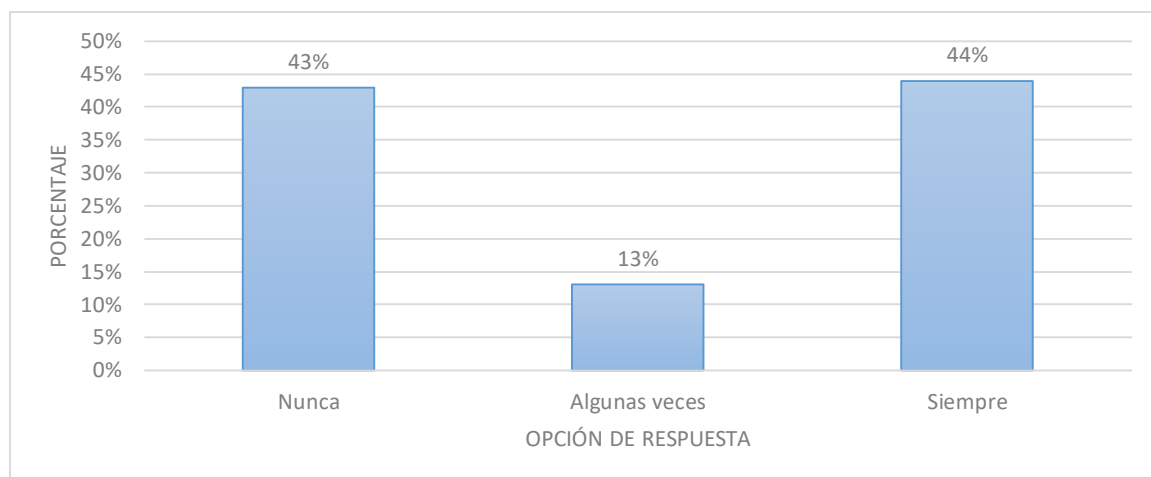
Lo anterior, denota que los pacientes en general reconocen las manifestaciones clínicas de hiperglicemia o hipoglicemia, aspecto fundamental para un oportuno y adecuado manejo de estas complicaciones y evitar mayores daños en su salud, No obstante, es necesario resaltar el alto porcentaje de pacientes que algunas veces o nunca identifica la sintomatología de hiperglicemia o hipoglicemia, lo cual implica la necesidad de una mayor orientación a estos pacientes para permitir un mayor control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Tabla 12. Automonitoreo domiciliario de glicemia

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	38	43.0
Algunas veces	12	13.0
Siempre	39	44.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 4. Automonitoreo domiciliario de glicemia



Fuente: encuesta

Del total de la población, 44% siempre realiza monitoreo de la glicemia en el domicilio, 43% no lo realiza, y el 13% algunas veces lo realiza, cabe resaltar que esta actividad está ampliamente relacionada con el uso insulina como tratamiento, el cual está prescrito en el 25% de la población en estudio. Además, cabe mencionar que en la Resolución 5521 de 2013, se establece que el kit de glucometría se adquiere bajo indicación médica, tiene derecho anualmente a un glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.

El automonitoreo es una herramienta importante para vigilar el comportamiento de los niveles de glicemia en sangre, y permitir la realización de acciones correctivas inmediatas por parte del sujeto, la Revista Panamericana de Salud Pública, señala que “los especialistas consideran el autocontrol como la piedra angular para el éxito del control de la diabetes y el automonitoreo de los niveles de glucemia desempeña un importante papel en ese sentido”⁵².

⁵² Automonitoreo de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2: la opinión de los pacientes. Rev Panamericana Salud Publica [online]. 2007, vol.22, n. 2. octubre de 2017 [citado el 2016-09-15], p.286-287. Disponible en: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000900009 >. ISSN 1680-5348.

Además, se detectó durante la investigación que uno de los factores limitantes para la realización de esta acción, es la dificultad para la interpretación de los resultados y la decisión de las acciones correctivas que debe tomar, como se muestra a continuación:

Tabla 13. Interpretación de cifras de resultados de glicemia

Interpreta las cifras	Total	%
Si	35	39.0
No	54	61.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

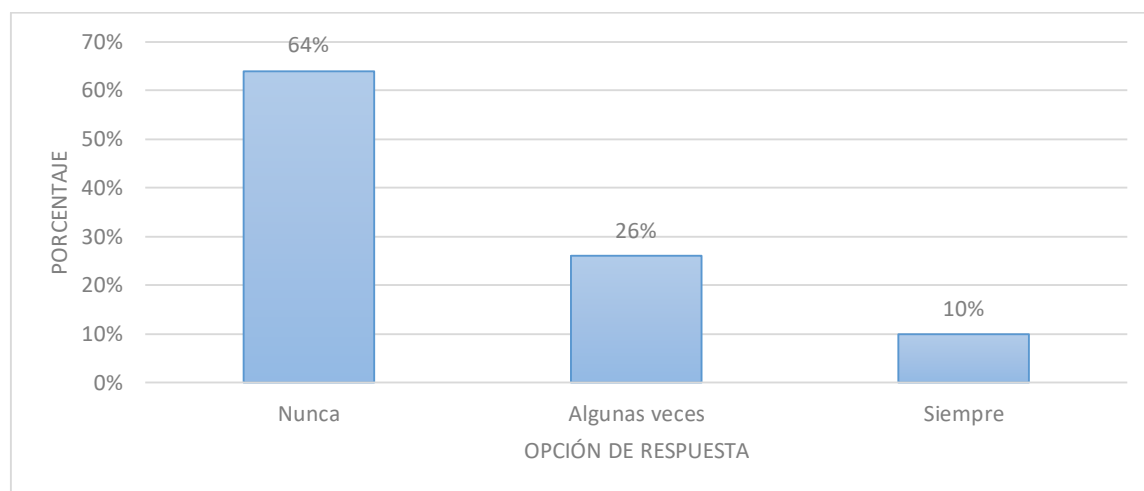
El 61% de los participantes del estudio no sabe interpretar las cifras o resultados del monitoreo de glicemia y el 39% afirmó saber hacerlo, esto probablemente se relaciona con aspectos como edad, el nivel educativo y socioeconómico de algunos de los participantes en el estudio, lo cual puede ser un factor determinante en la interpretación de las cifras o resultados del monitoreo y la realización de las medidas que se debe tomar con respecto al resultado obtenido.

Tabla 14. Desmotivación para realizar las actividades de la vida diaria

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	57	64.0
Algunas veces	23	26.0
Siempre	9	10.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 5. Desmotivación para realizar las actividades de la vida diaria



Fuente: encuesta

Evaluando el estado de ánimo de las personas en estudio, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, se encontró que 64% nunca ha sentido desmotivación para realizarlas, 26% algunas veces se ha sentido desmotivación y 10% siempre lo está, con respecto a la sintomatología depresiva, Ortiz⁵³, encontró en su estudio que la desmotivación, tristeza o depresión puede afectar el control glicémico, la disminución de la actividad física, el aumento de obesidad, junto con potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo, en el mismo sentido, Castillo⁵⁴, considera que la presencia de depresión asociada a diabetes se ha relacionado con

⁵³ ORTIZ, Manuel; ORTIZ, Eugenia; GATICA, Alejandro y GÓMEZ, Daniela. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Revista de terapia psicológica [online]. vol.29, n.1. julio de 2011 [citado 2016-09-15], p.5-11. Disponible en: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001 >. ISSN 0718-4808.

⁵⁴ CASTILLO QUAN JI, BARRERA BUENFIL DJ, PÉREZ-OSORIO JM, ÁLVAREZ-CERVERA FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista Neurológica [online] Vol. 5. N.6. 2010. [citado 2016-09-15] p.347-59. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf>

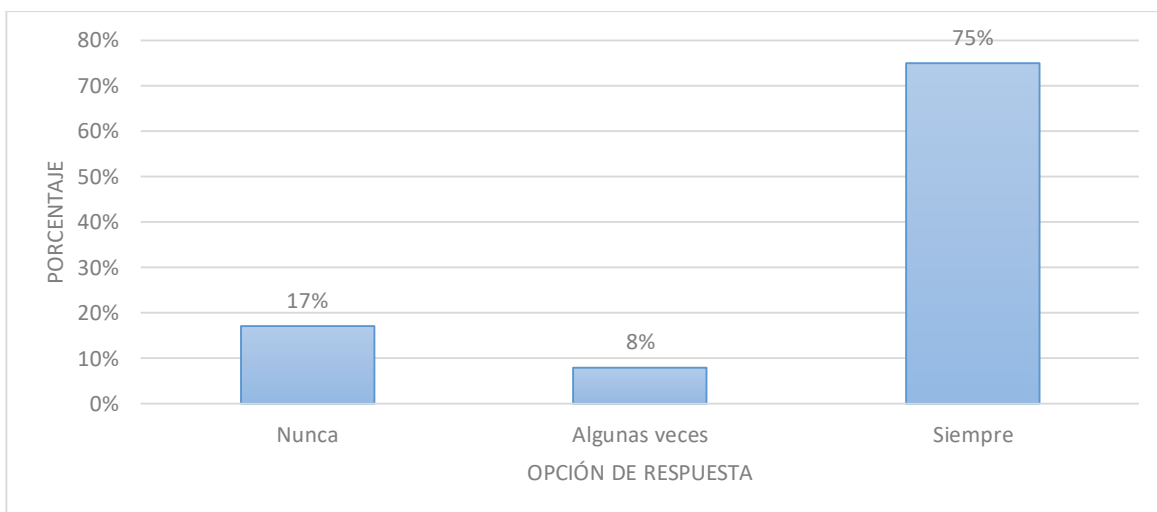
pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad.

Tabla 15. Acompañamiento familiar a la persona con DM2

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	15	17.0
Algunas veces	7	8.0
Siempre	67	75.0
Total	89	100.

Fuente: encuesta

Gráfica 6. Acompañamiento familiar



Fuente: encuesta

En la población en estudio, 75% considera que ha tenido acompañamiento familiar, 17% nunca lo han tenido, refieren cuidarse y enfrentar el proceso de la enfermedad ellos mismos y 8% algunas veces sienten el acompañamiento familiar.

Teniendo en cuenta los resultados en este interrogante, es importante anotar que la familia es considerada la principal red de apoyo social del individuo, la cual ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, los sujetos con enfermedades crónicas suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.⁵⁵

Aparte se indaga, la razón por la cual la persona cree que su familia lo acompaña en el proceso, se encuentra en su mayoría colaboración con lo referente a la alimentación (58%), consejos y motivación (16%), acompañamiento a citas y monitoreo en los medicamentos (8%).

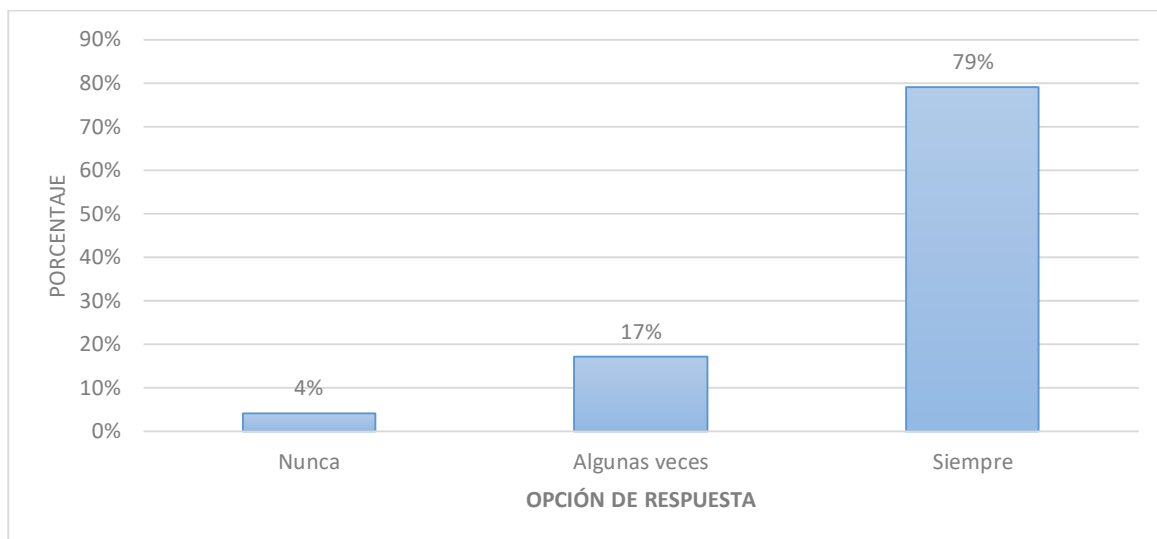
Tabla 16. Puntualidad en los controles para el manejo de la patología

Opción de respuesta	Total	Porcentaje
Nunca	4	4%
Algunas veces	15	17%
Siempre	70	79%
Total	89	100%

Fuente: encuesta

⁵⁵ LEDON LLANES, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. En: Revista Cubana Salud Pública [online]. Vol.37, n.4, 2011. [citado en 2016-09-18], p. 488-499. Disponible en: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013 >. ISSN 0864-3466.

Gráfica 7. Puntualidad en los controles para el manejo de la patología



Fuente: encuesta

Del 100% de la población en estudio, 79% asiste puntualmente a los controles de su patología, 17% asiste algunas veces y 4% nunca es puntual, en relación con este aparte, Batista⁵⁶, expresa que la valoración del paciente tiene un valor fundamental, esta actividad permite conocer periódicamente el estado de control de su enfermedad, los factores que influyen en su descompensación, así como indicar las medidas y acciones que deben aplicarse para su corrección oportuna, por otra parte, se indaga a la población a cerca de la importancia asistir puntualmente a los controles, se encuentra que lo hacen por su bien o salud (29%), para llevar un control de ella (35%), también lo toman como un requisito o compromiso (10%), entre otras consideraciones (26%).

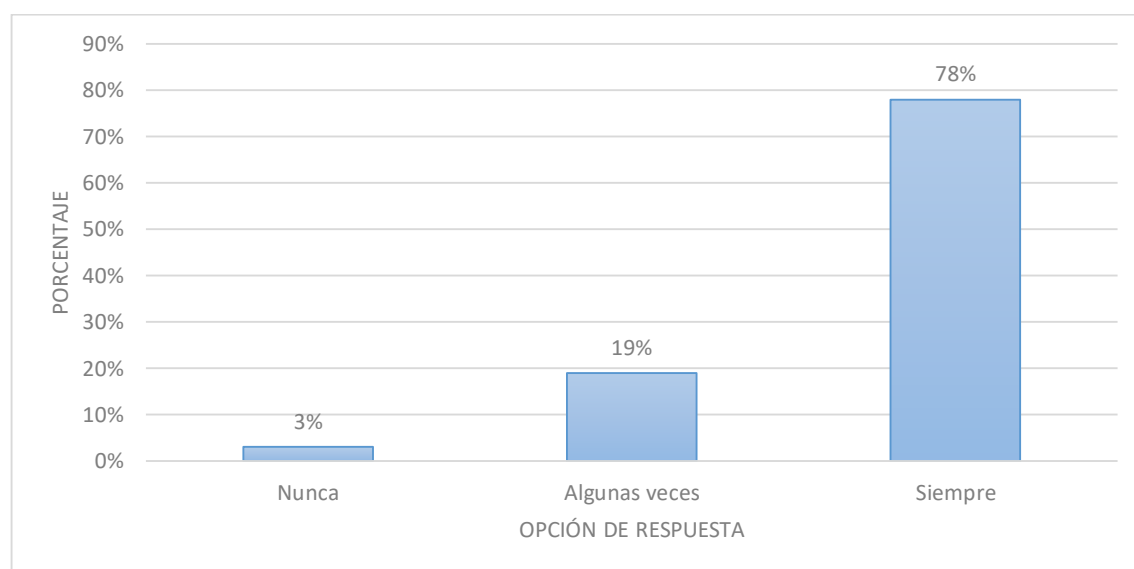
⁵⁶ BATISTA MOLINER, Ricardo, ORTEGA GONZALES, Lilia, FERNANDEZ LOPEZ, Gloria. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. Vol. 11. Nº 1. marzo de 1998. [citado 2016-09-15] p. 6-23. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_1_98/res02198.htm

Tabla 17. Cumplimiento de las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de la DM2

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	3	3.0
Algunas veces	17	19.0
Siempre	69	78.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 8. Cumplimiento de las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de la DM2



Fuente: encuesta

Se puede apreciar que el 78% de las personas con DM2 que participaron en el estudio sigue las recomendaciones indicadas por el programa para su autocuidado, 19% algunas veces las sigue y 3% expresa no seguirlas, con relación a esto el Modelo de atención integral al Diabético (MADI), dicta unos lineamientos a sus

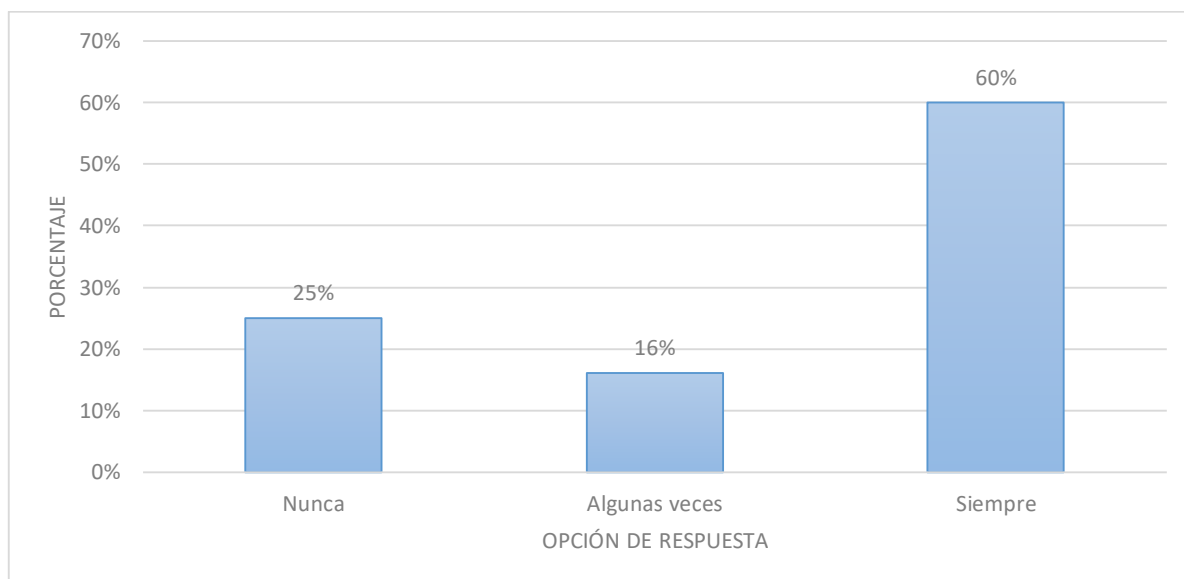
pacientes para mantener un control metabólico, dentro de los cuales se menciona adherencia al tratamiento farmacológico, dieta mediterránea, realizar actividad física, asistir a los controles con médico y enfermería, toma de glucometría si lo amerita, uso de zapatos con características especiales para evitar lesiones o pie diabético, entre otras.

Tabla 18. Horario de alimentación estable

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	22	25.0
Algunas veces	14	16.0
Siempre	53	60.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 9. Horario de alimentación estable



Fuente: encuesta

El horario de alimentación en el 60% de las personas diabéticas tipo 2 en estudio es estable, 25% nunca se alimenta en el mismo horario y 16% algunas veces se alimenta en horarios iguales, con respecto a esto la Asociación Americana de

Diabetes (ADA), considera el horario de alimentación en pacientes DM2 un tema fundamental, sobre todo en aquellas personas tratadas con antidiabéticos orales e insulina, con el propósito de evitar problemas de hipoglicemia por ayuna prolongada, por esta razón se hace necesario que los pacientes con tratamiento farmacológico planeen un horario fijo para la alimentación.

11. Tipo de alimentos consumidos en el paciente diabético tipo 2.

Se recopilan declaraciones de la vida diaria de estas personas, con respecto a su alimentación, teniendo en cuenta el diagnóstico de una enfermedad crónica- DM2,

La adherencia a la dieta prescrita en paciente DM2 es de elevada importancia, partiendo de “los factores de riesgo más frecuentes en la población diagnosticada con DM2 están el sobrepeso y la obesidad”⁵⁷, por lo cual, el profesional encargado en un número elevado de situaciones tiene en cuenta lograr disminuir el nivel de glicemia en sangre, como también conseguir un Índice de Masa Corporal adecuado (IMC) adecuado en el paciente.

A la pregunta: mencione ¿Qué tipo de alimentos incluye en sus comidas?, se encontró: Harinas (89%), proteínas (76%), verduras (65%), frutas escasamente (27%), legumbres (45%) y lácteos restringidos (15%), en elevado porcentaje expresan limitaciones económicas para cumplir con la dieta, por esta razón se alimentan de lo que haya en el momento.

Con respecto al factor económico, Troncoso y colaboradores⁵⁸, refieren que en su estudio ocurre que algunos entrevistados refieren que no poseen el dinero suficiente

⁵⁷ CAMPUZANO, Ma. De Lourdes; RODRÍGUEZ, Antonia e RODRÍGUEZ, Juan Carlos. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. Summa psicológica. UST [online]. vol.10, n.1, 2013 [citado en 2016-09-20], p. 91-101. Disponible en: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000100009 ISSN 0719-448

⁵⁸ TRONCOSO PANTOJA, Claudia; DELGADO SEGURA, Delia y RABILAR VILLALOBOS, Carolina. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev. costarricense de salud pública [online]. 2013, vol.22, n.1 [citado en 2016-09-20], p. 09-13. Disponible en: <

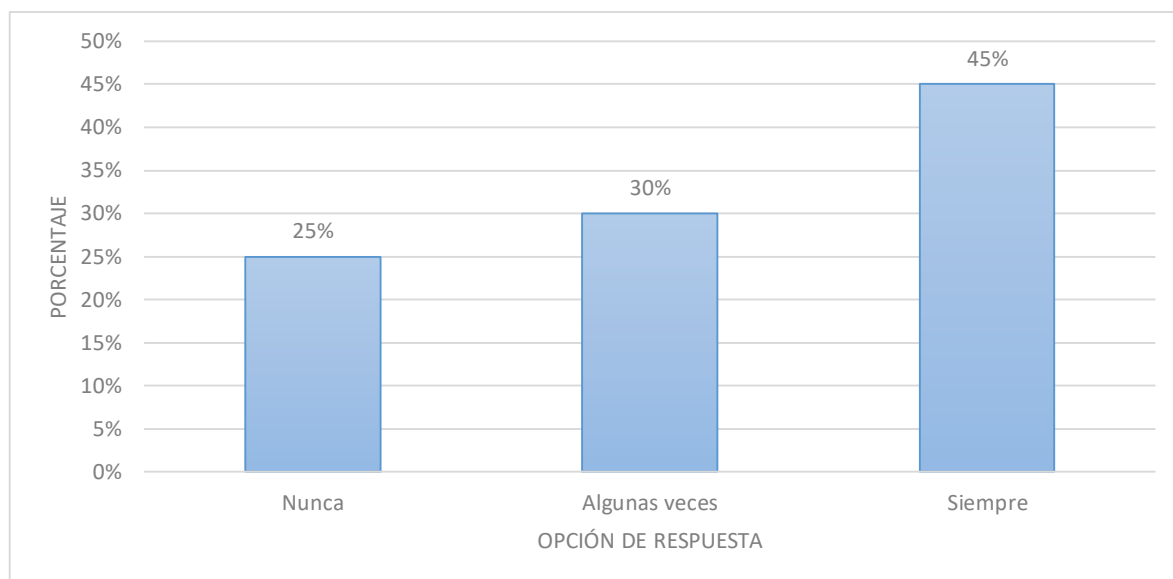
para adquirir alimentos que les son indicados por el nutricionista como parte de su tratamiento terapéutico, esta situación es referida en elevado número de veces por parte de los sujetos encuestados para la realización de la presente investigación.

Tabla 19. Búsqueda de cambios físicos

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	22	25.0
Algunas veces	27	30.0
Siempre	40	45.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Gráfica 10. Búsqueda de cambios físicos



Fuente: encuesta

De 100% del total de la población con DM2 en estudio, 45% afirmó que observa su cuerpo detenidamente buscando cambios físicos, el 30% algunas veces lo hace y el 25% nunca lo hace, lo anterior denota un alto porcentaje de pacientes con riesgo de desarrollar pie diabético, por falta de observación/revisión a nivel físico, en este caso los pies. Por otro lado, Las actividades para la prevención del pie diabético son escasas. Pinilla⁵⁹, manifiesta que en diferentes países como Colombia no existen programas de prevención que permitan desarrollar integralmente la atención a los pacientes diabéticos, agrega que hay evidencia sobre la costo-efectividad de la educación, para que los pacientes realicen el autocuidado de los pies lo cual permite el diagnóstico oportuno y previene las lesiones.

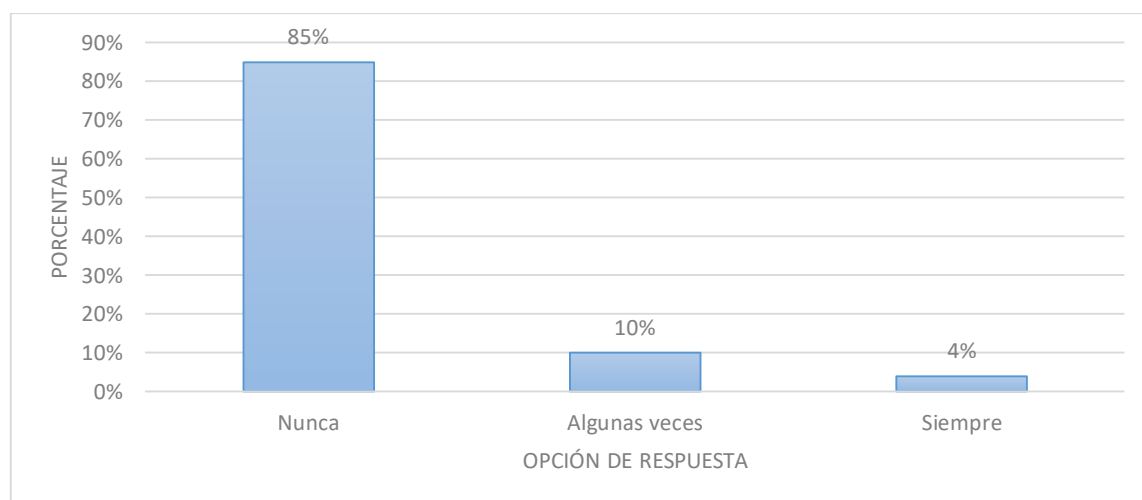
Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas

⁵⁹ PINILLA, Análida, SÁNCHEZ, Ana, MEJÍA, Arturo y BARRERA, María del Pilar. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. En: revista de salud pública. [en línea] vol. 13, nº 2, 2011, p. 262-273. [Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n2/v13n2a08>

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	76	85.0
Algunas veces	9	10.0
Siempre	4	4.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafico 11. Consumo de bebidas alcohólicas



Fuente: encuesta

Como se observa en la gráfica anterior, el 85% de la población en estudio actualmente no consume bebidas alcohólicas, 10% lo realiza casualmente o algunas veces y 4% siempre las consume, por su parte, Solís y colaboradores⁶⁰, mencionan que es frecuente que las personas con diabetes mellitus tipo 2 continúen consumiendo alcohol, y cuando el consumo es excesivo puede producir largos

⁶⁰ SOLÍS TORRES, Aarón, CASTILLO, Alonso, LÓPEZ GARCÍA, Marie Magdalena, SELENE Karla PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas [en línea] vol. 5, n°2, 2009. [Fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313060005>. ISSN 1806-6976

periodos de hipoglucemia, o si el consumo es moderado pero frecuente puede producir hiperglicemia lo cual incrementará las complicaciones afectando su calidad de vida.

En este sentido, el investigador cree importante indagar acerca de los antecedentes de este tipo, en la población objeto de estudio, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 20.1 Antecedentes de alcoholismo

Antecedentes en años	Total	%
0-5	4	4.0
6-10	2	2.0
Casual	12	13.0
NA	71	80.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

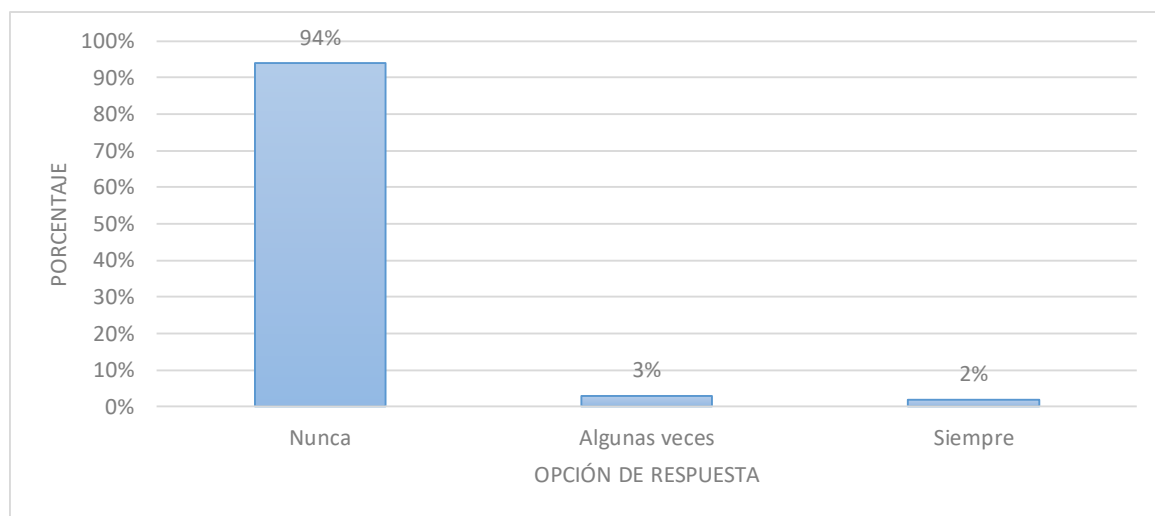
Como se puede observar del 100% de la población en estudio, el 20% expreso tener antecedentes de alcoholismo. Dentro del 20% con antecedentes, el 4% declaro haber dejado de consumirlas hace 5 años o menos, el 2% entre 5 y 10 años, y el 13% casualmente las consume. Por otra parte, el 80% afirmo nunca haber consumido bebidas alcohólicas.

Tabla 21. Consumo de tabaco

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	84	95.0
Algunas veces	3	3.0
Siempre	2	2.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafico 12. Consumo de tabaco



Fuente: encuesta

A la pregunta ¿actualmente fuma?, 94% de la población no fuma, 3% dice hacerlo algunas veces y 2% siempre fuma, con relación a esto, la Federación Internacional de Diabetes (FID), sostiene que el tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. “Las sustancias que contiene el humo del tabaco, como la nicotina, provocan insensibilidad a la acción de la insulina”⁶¹, esta última es el componente clave del síndrome metabólico que comúnmente incluye la DM2 y aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Partiendo de estas afirmaciones, el investigador indaga acerca de antecedentes de tabaquismo en las personas con DM2 en estudio, y se obtienen los siguientes resultados expresado en una tabla:

Tabla 21.1 Antecedentes de tabaquismo

⁶¹ Federación Internacional de Diabetes (FID). Tabaco y diabetes. En: revista Voice. [en línea] Vol.50, nº especial, junio de 2005. Pp., 3. [Fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_37_es.pdf. ISSN: 1437-4064

Antecedentes en años	Total	%
Menos de 5	6	7.0
6-10	3	3.0
11-15	4	4.0
16-20	6	7.0
Mayor 20	9	10.0
Casual	3	3.0
Diario	2	2.0
NA	56	63.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

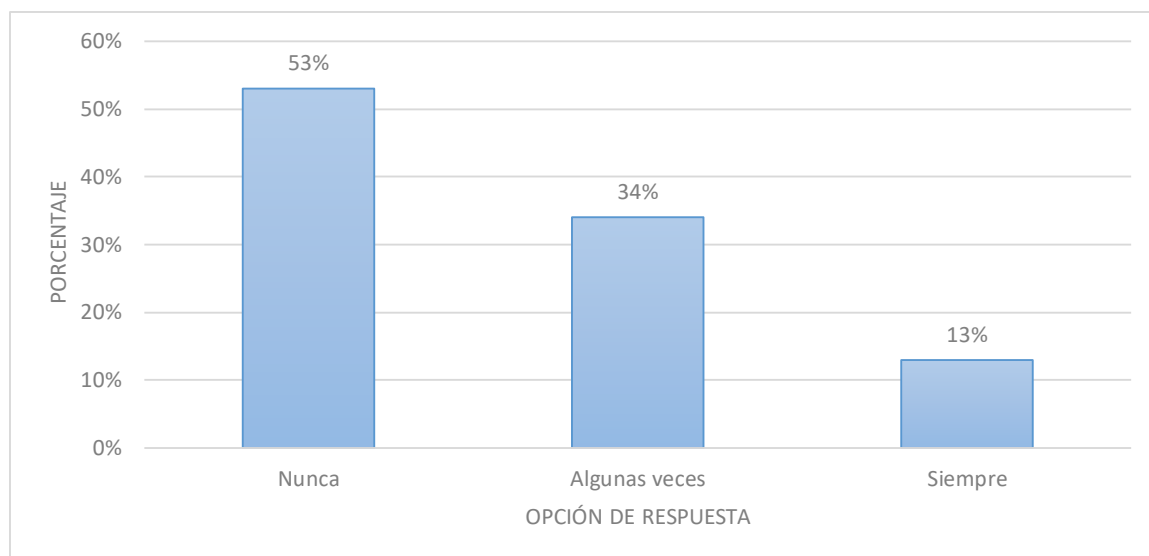
Del total de la población en estudio, 37% tiene antecedentes de tabaquismo, de los cuales 7% tiene menos de 5 años de no fumar, el 3% entre 6 y 10 años, el 4% entre 11 y 15 años, el 17% restante más de 15 años sin fumar. Por otro lado, el 63% de la población declaró nunca haber fumado.

Tabla 22. Actividad física

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	47	53.0
Algunas veces	30	34.0
Siempre	12	13.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafico 13. Actividad física



Fuente: encuesta

El 53% de las personas con DM2 en estudio no realiza actividad física, 34% algunas veces la realiza y 13% siempre lo hace, en cuando a este tema, Salinas⁶², agrega que la actividad física contribuye a la prevención y manejo de una serie de enfermedades, entre las que se destacan las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, obesidad, hipertensión arterial y depresión entre otras. Además, sostiene que el efecto de la actividad física y dieta en la disminución de la obesidad es concluyente, así como su asociación con mortalidad. Además, se ha demostrado que el riesgo de muerte cardiovascular es menor en adultos obesos activos que en más delgados y sedentarios; también es menor en diabéticos activos que en no diabéticos sedentarios.

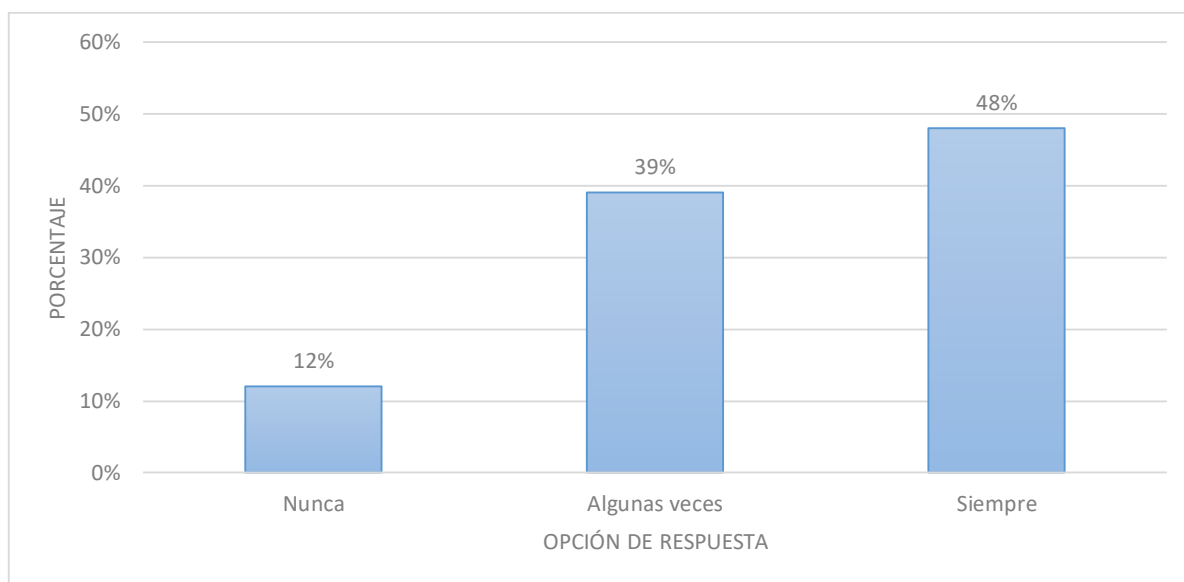
Tabla 23. Horas de sueño suficientes

⁶² SALINAS C, Judith et al. ACTIVIDAD FÍSICA INTEGRAL CON ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN CHILE: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO. En Revista Chilena de nutrición. [online]. vol.32, n.3, 2005 [citado el 2016-09-17], p.215-224. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300006>. ISSN 0717-7518.

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	11	12.0
Algunas veces	35	39.0
Siempre	43	48.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafico 14. Horas de sueño suficientes



Fuente: encuesta

Del total de la población, 48% descansa o duerme por lo menos 8 horas diarias, 39% algunas veces lo hace y 12% nunca descansa lo suficiente, en este sentido, la privación del sueño, aumenta los niveles de glucosa, en acuerdo con Cunha⁶³, es una consecuencia de la disminución de su metabolismo y de niveles elevados de cortisol.

⁶³ CUNHA, María Carolina Belo da; ZANETTI, María Lucia y HASS, Vanderlei José. Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. En: Revista Latino-americana de Enfermagem [online]. vol.16, n.5, 2008. [citado en 2016-09-17], p.850-855. Disponible en: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500009&script=sci_arttext&tlng=es >. ISSN 1518-8345.

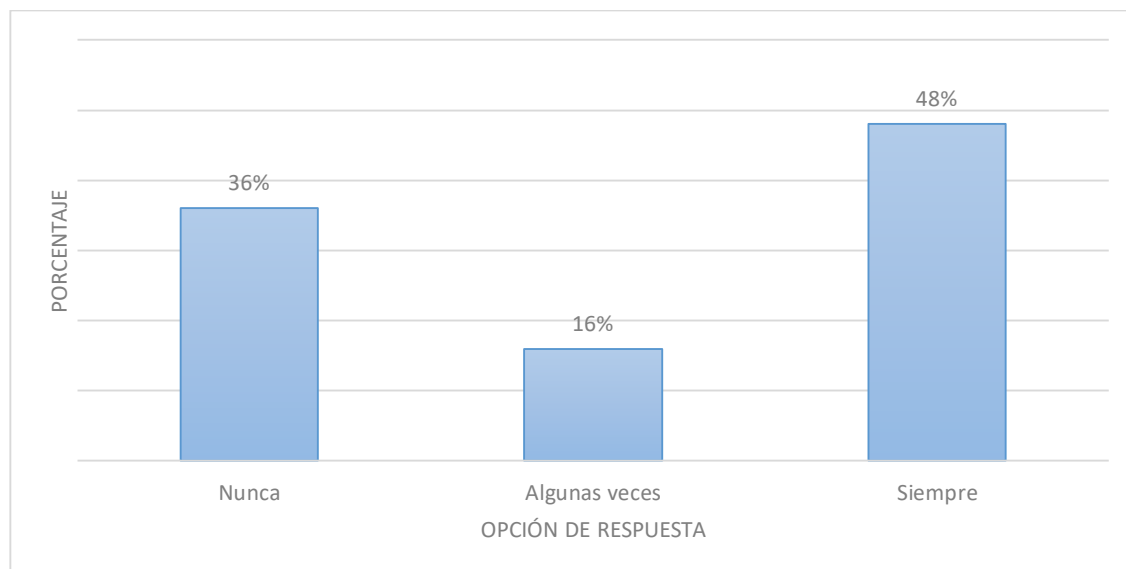
Además de agravar el estado diabético cuando ocurre un aumento de los niveles glucémicos, la privación del sueño puede aumentar el riesgo del desarrollo de la diabetes

Tabla 24. Precaución con el arreglo de uñas

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	32	36.0
Algunas veces	14	16.0
Siempre	43	48.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafico 15. Precaución con el arreglo de uñas



Fuente: encuesta

Se encontró que el 48% de la población en estudio siempre corta sus uñas en forma recta y evita retirar la cutícula, 36% nunca lo realiza de esta forma y el 16% algunas veces lo hace, en este sentido el arreglo de uñas es una actividad de autocuidado,

y dimensionando la importancia del cuidado de los pies, Gallardo y colaboradores⁶⁴, indagan en su estudio sobre los factores o causas que inciden en la aparición del pie diabético. La mayoría consideró que el pie diabético aparece por recibir golpes en los pies, por andar descalzo, cortarse mal las uñas, pincharse con un clavo, o no cuidarse adecuadamente los pies.

Es por esto que, el Modelo de Atención Integral al Diabético (MADI) de la IPS, en donde se realiza el estudio, establece unos parámetros para el adecuado arreglo de uñas en este tipo de pacientes, con el propósito de evitar lesiones en los pies. A continuación, se mencionará la manera establecida por este modelo de atención:

-No se debe cortar la uña más corta que el pulpejo del dedo.

-No cortar ni remover el eponiquio (cutícula).

-Cortar las uñas en forma recta.

-Cepillar las uñas diariamente de forma trasversal y longitudinal, luego secar con secadores de cabello.

Tabla 25. Uso de calzado adecuado

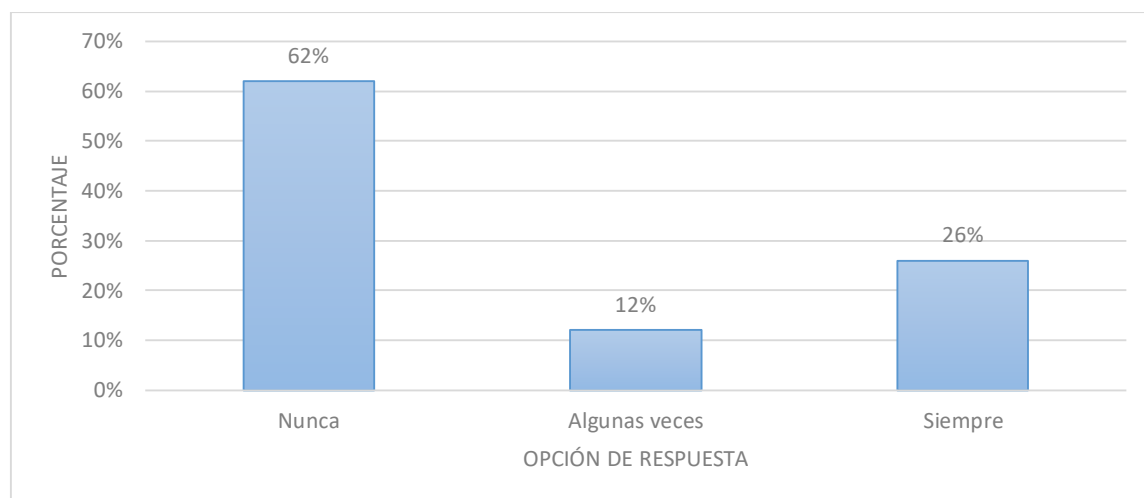
Opción de respuesta	Total	%
Nunca	55	62.0
Algunas veces	11	12.0

⁶⁴ GALLARDO PÉREZ, Ulises de Jesús; ZANGRONIS RUANO, Leonardo; CHIRINO CARREÑO, Nelson y MENDOZA VÉLEZ, Leonardo. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. Revista Cubana Medicina General Integral [online]. vol.24, n.1 2008 [citado en 2016-09-17], p. 0-0 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007>. ISSN 1561-3038.

Siempre	23	26.0
Total	89	100.0

Fuente: encuesta

Grafica 16. Uso de calzado adecuado



Fuente: encuesta

Del 100% de la población encuestada 62% aseguro no usar zapatos con características especiales para diabéticos, 26% siempre los utiliza y 12% los usa algunas veces, con respecto a esto las características de los zapatos para este tipo de personas es un aspecto importante, para el cuidado de los pies y evitar el pie diabético. Es por esto que, Gallardo y colaboradores⁶⁵, consideran imprescindibles los siguientes cuidados: la revisión de los zapatos antes de ponérselos, usar medias de algodón, no usar sustancias químicas ni ligas con las medias, chequear la

⁶⁵ GALLARDO PÉREZ, Ulises de Jesús; ZANGRONIS RUANO, Leonardo; CHIRINO CARREÑO, Nelson y MENDOZA VÉLEZ, Leonardo. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. Revista Cubana Medicina General Integral [online]. vol.24, n.1 2008 [citado en 2016-09-17], p. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007>. ISSN 1561-3038.

temperatura del agua de baño, no usar zapatos nuevos por un período largo para evitar la aparición de lesiones.

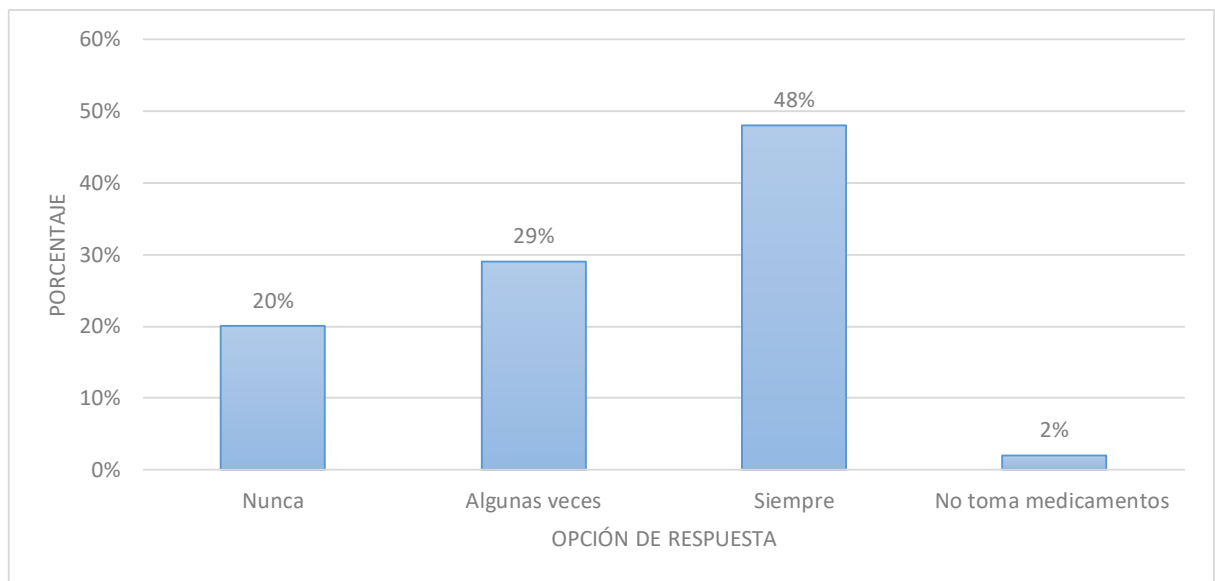
Además, se pidió expresar verbalmente la importancia de usar zapatos con esas características especiales, de lo cual se encontró que el 66% considera importante su uso para evitar heridas, rasguños, golpes, infecciones en los pies, que puedan ocasionar pie diabético, sin embargo, solo el 26% lo pone en práctica, por otro lado, el 34% manifiesta no saber la importancia, por falta de información.

Tabla 28. Adherencia al tratamiento farmacológico

Opción de respuesta	Total	%
Nunca	18	20.0
Algunas veces	26	29.0
Siempre	43	48.0
No toma medicamentos	2	2.0
Total	89	100%

Fuente: encuesta

Grafico 17. Adherencia al tratamiento farmacológico



Fuente: encuesta

Se indaga a la población en estudio, a cerca de la toma de tratamiento farmacológico en la dosis y hora indicada por el personal de salud, se encontró que 48% de los participantes lo realiza, 29% lo hace algunas veces, 20% nunca y 2% no tiene tratamiento farmacológico indicado, con relación a esto, en un estudio semejante, realizado por Hoyos⁶⁶, afirma que un número importante de personas con DM2 no cumple con su tratamiento cuando están en casa. Además, en estudios realizados a nivel mundial, la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida. En Colombia, la no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas de su incumplimiento (33 al 69%), además Velandia y colaboradores⁶⁷, la

⁶⁶ HOYOS DUQUE, Teresa Nury; ARTEAGA HENAO, María Victoria y MUÑOZ CARDONA, Mónica. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación y educación en enfermería [online]. vol.29, n.2, 2011. [citado en 2016-09-17], p.194-203. Disponible en: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200004 >. ISSN 0120-5307.

⁶⁷ VELANDIA ARIAS, Ana; RIVERA ÁLVAREZ, Luz. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. En: Revista de salud pública

adherencia al tratamiento comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir orientación acerca de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, los cuales implica cambios en el estilo de vida, para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones reflexionadas.

También se pregunta a cerca de la importancia de tomar el medicamento en el horario y dosis indicado, resulto que la mayoría (34%) olvida tomar su medicamento o evita tomarlo por malestares estomacales, 26% considera una tradición, costumbre o un pendiente tomar sus medicamentos en el horario indicado, 22% lo hacen por su bien, para evitar perjuicios, y 18% lo recuerda porque+ toma su medicamento antes dormir, antes o después de comidas.

5. CONCLUSIONES

Las personas diabéticas tipo 2, inscritas en un programa de manejo integral de su patología en una IPS en Montería, fluctúan en las edades de 29 a 87 años, en su mayoría de 40 a 60 años, predomina el sexo femenino, nivel de escolaridad primaria, estado civil casados y unión libre, diagnosticados la mayoría hace menos de 5 años, con antecedentes maternos de DM2, problemas de sobrepeso y obesidad y las mujeres en su mayoría perímetro abdominal elevado.

En general, se encontró que algunos participantes del estudio tienen conocimientos adecuados para la realización de las acciones de autocuidado de su enfermedad, la mayoría de los participantes reconocen los síntomas de hiper o hipoglicemia y

[online]. Vol. 11, nº 4, 2009. [citado el 17/09/2016]. p. 539-541. Disponible en: <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005> ISSN 0124-0064

mostraron claridad de lo que debían hacer en su domicilio para manejar estas situaciones. No obstante, un número significativo no reconoce dichas manifestaciones ni cómo tratarlas.

Al mismo tiempo, consideran la puntualidad en los controles de su patología, un bien para su salud y el control de la enfermedad, según estas personas, el cumplimiento de las recomendaciones indicadas por el personal de salud, es una manera de mantener su bienestar, y la adherencia al tratamiento farmacológico, es apreciada como una costumbre o tradición en su diario vivir.

Con referencia, a la prevención del pie diabético, reconocen la importancia de usar zapatos con características especiales, para evitar golpes, heridas, rasguños, en sus pies, pero en su mayoría no hacen uso de estos, asimismo, tienen precauciones al arreglarse las uñas, se las cortan en forma recta y evitan retirar la cutícula, también hacen revisión periódica de su cuerpo en busca de cambios físicos.

Las acciones de autocuidado ejecutadas son el automonitoreo/glucometria, realizado por la mayoría, aunque, en algunos casos se los realiza un familiar o personal de enfermería; un porcentaje mínimo realiza actividad física, lo cual puede estar relacionado con las edades de predominio (40 a 60 años), en general, tienen horario de alimentación estable, de acuerdo a lo expresado por la población, su alimentación es limitada por escasos recursos económicos, y manifiestan escaso consumo de verduras y frutas.

Se evidencia adherencia al tratamiento farmacológico, a las recomendaciones y a los controles indicados por el personal de salud para manejo de su patología. De igual manera, tienen horas de descanso propicias para su bienestar. No obstante, se identifica presencia de riesgo cardiovascular por antecedentes de tabaquismo y alcoholismo.

Los participantes del estudio manifestaron contar con acompañamiento familiar y apoyo en cuanto a la alimentación adecuada, compañía a citas de control, consejos

y apoyo, lo cual permite mayor motivación para desarrollarse como una persona independiente en la realización de las actividades de la vida diaria.

Con base en los hallazgos obtenidos en el presente estudio, se hace necesario que Enfermería planifique y ejecute acciones/ intervenciones para mejorar los conocimientos y las prácticas de autocuidado en la población en estudio, según lo expresado por Dorothea Orem, la agencia de enfermería, tiene que ver con las capacidades para identificar y ayudar a conocer las demandas de autocuidado terapéutico, en otras personas, es decir se definen las actividades requeridas por el individuo para cubrir las necesidades de la vida diaria.

Para este fin, y aplicando la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem la principal herramienta es mediante la guía, orientación y apoyo educativo, a través de un proceso integrado con equipo multidisciplinario, paciente, familiar o cuidador si procede, con el propósito de fomentar la practicas de estilos de vida saludable, contribuyendo a la modificación de factores de riesgo presentes y sobre todo a la prevención de complicaciones agudas y crónicas en esta población.

6. RECOMENDACIONES

6.1 PARA LA INSTITUCIÓN DE SALUD

Brindar educación continua a los usuarios y su familia, en lo referente a la patología, su manejo y las acciones de autocuidado requeridas para un óptimo control de su enfermedad.

Realizar la educación en espacios físicos propicios que permitan un adecuado aprendizaje individual y grupal, con utilización de diferentes herramientas como cartillas, carteleras, tableros, fichas, entre otros.

Incluir la participación de familia del usuario, tanto en los controles como en la educación terapéutica, con el fin de aumentar la adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica.

Brindar educación a la población que se atiende, de acuerdo a las características individuales (edad, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico e interacciones familiares).

6.2 PARA LA UNIVERSIDAD

Continuar propiciando espacios para la investigación en el programa de Enfermería, porque sus resultados permiten identificar factores que lleven a mantener o mejorar la prestación de los servicios de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

AMADOR DÍAZ; MÁRQUEZ, CELEDONIO. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. En: Revista de medicina familiar. [En línea]. Vol. 9. n.2. 2007. p. 45-99. [Citado el 9 abril de 2016) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf>

AMORES HERNÁNDEZ; Virginia. Conocimientos de Autocuidado en pacientes Diabéticos Tipo 2. Tesis para maestra en ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro: Facultad de Enfermería. Departamento de ciencias de enfermería. p. 29.

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la TIPO 2 MELLITUS DIABETES: Versión

breve con herramientas para facilitar la aplicabilidad Para el Primer Nivel de Atención. p.14. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

Asociación entre la edad del diagnóstico de diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno. En: revista Panamericana de Salud Publica [online]. 2003, vol.14, n.6 p.434-435. ISSN 1680-5348. [Consultado el 12 de septiembre de 2016], Disponible en < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003001100010&lng=en&nrm=iso >.

Automonitoreo de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2: la opinión de los pacientes. En: Revista Panamericana Salud Publica [online]. 2007, vol.22, n. 2. Octubre de 2017, p.286-287. ISSN 1680-5348 [citado el 2016-09-15] Disponible en: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000900009 >.

BATISTA MOLINER, Ricardo, ORTEGA GONZALES, Lilia, FERNÁNDEZ LÓPEZ, Gloria. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. Vol. 11. N° 1. marzo de 1998. P. 6-23. [citado 2016-09-15] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_1_98/res02198.htm

CAMPUZANO, Ma. De Lourdes; RODRÍGUEZ, Antonia e RODRIGUEZ, Juan Carlos. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. En: revista Summa psicológica. UST [online]. vol.10, n.1, 2013, p. 91-101. ISSN 0719-448 [citado en 2016-09-20], Disponible en: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000100009 >

CASANOVA MORENO, María de la C et al. Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. En: Revista Ciencias Médicas [online]. Vol.15, n.2. junio de 2011, p. 122-132. ISSN 1561-3194. [Citado 2016-09-13] Disponible en: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200012 >.

CASTILLO QUAN JI, BARRERA BUENFIL DJ, PÉREZ-OSORIO JM, ÁLVAREZ-CERVERA FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista Neurológica [online] Vol. 5. N.6. 2010. P. 347-59. [citado 2016-09-15] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 (14 de octubre de 2009). Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan

medidas para su control, atención y prevención. Diario oficial Bogotá D.C. 2009. N°.47.502.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (enero 19 de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Bogotá D.C. 2011. N° 47957

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 9 (enero 24 1979). Por la cual normas generales, procedimientos y medidas para la preservación del medio ambiente. Régimen Legal de Bogotá D.C. 1979. No. 35308

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 (22 de diciembre de 1998). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial Bogotá D.C. 1998.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0412 (25 de febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial Bogotá D.C. 2000.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3518 (09 octubre de 2006). Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario oficial Bogotá D.C. 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 008430 (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C., 1993. [en línea]. [Consultado el 15 de julio de 2016].

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 (30 octubre de 1996). Por se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Diario oficial Bogotá D.C. 1996. N° 46.398

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (25 febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial Bogotá D.C 2000.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS).

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. En: boletín de prensa 007. [Online]. Bogotá D.C. 21, marzo, 2014. [Citado el 03/10/2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

CRUZ BELLO; Patricia; VIZCARRA BORDI, Ivone, entre otros. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. En: Revista Papeles de población [online] Vol. 20, Nº. 80, 2014. ISSN-e 1405-742. [Consultado en abril de 2016]. Disponible en internet: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005

CUNHA, María Carolina Belo da; ZANETTI, María Lucia y HASS, Vanderlei José. Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. En: Revista Latino-americana de Enfermagem [online]. vol.16, n.5, 2008, p.850-855. ISSN 1518-8345. [citado en 2016-09-17] Disponible en: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500009&script=sci_arttext&tlng=es >.

DÍAZ NIETO, Laura.; GALÁN CUEVAS, Sergio.; FERNÁNDEZ PARDO, Gustavo. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. En: revista de salud pública de México. Vol 35, nº2, p. 169- 176. ISSN: 00363634. [Consultado en abril de 2016]. Disponible en internet: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001275>

El Espectador. [online]. Bogotá D.C. 15, julio, 2013. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/cada-ano-se-presentan-cuatro-casos-de-diabetes-cada-100-articulo-433749>

ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA, entre otros. Diabetes mellitus tipo 2: guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención. [En línea]. < <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18852es/s18852es.pdf> > [consultado el 18 de marzo de 2016]

ESPAÑA. MINISTERIO DE SALUD Y DE CONSUMO. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. 2008. ISBN: 978-84-457-2753-3. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Araceli; et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [online]. vol. 17, nº 2, abril-junio 2012, p. 94-99. ISSN: 1665-7330 [Consultado en mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>

Federación Internacional de Diabetes (FID). Atlas de la diabetes. 6º Edición. 2013. ISBN: 2-930229-80-2. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/>

Federación Internacional de Diabetes (FID). Tabaco y diabetes. En: revista Voice. [en línea] Vol.50, nº especial, junio de 2005. p., 3. [Fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_37_es.pdf. ISSN: 1437-4064

FIGUEROA, Claudia. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos de un programa de control de riesgo cardiovascular. Santander, 2011. Pag 23. Tesis (magister en epidemiologia). Universidad Industrial de Santander. Facultad de salud. Departamento de salud publica

GALLARDO PÉREZ, Ulises de Jesús; ZANGRONIS RUANO, Leonardo; CHIRINO CARREÑO, Nelson y MENDOZA VÉLEZ, Leonardo. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. Revista Cubana Medicina General Integral [online]. vol.24, n.1 2008, p. 0-0. ISSN 1561-3038. [citado en 2016-09-17] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007

GALLEGOS, Esther, CÁRDENAS, Velia, SALAS, María. Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2. En: revista investigación y educación para enfermería. En línea. Vol. 17, nº 2, septiembre de 1999. p. 23. [Citado en 2016-07-18] Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16864/4602>

GÓMEZ, ALMEYDA, E. La Educación, Aspecto Fundamental en el manejo integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Revista salud UIS. [online]. Vol. 35. abril de 2003. p.33-39. Citado el 12 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/viewFile/726/1012>.

HERNÁNDEZ CORTINA, Abdul y GUARDADO DE LA PAZ, Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. En: Revista Cubana Enfermería [online]. vol.20, n.2, 2004 p. 1-1 ISSN 1561-2961. [Consultado en abril de 2016]. Disponible en internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007

HOYOS DUQUE, Teresa Nury; ARTEAGA HENAO, María Victoria y MUÑOZ CARDONA, Mónica. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación y educación en enfermería [online]. vol.29, n.2, 2011. p.194-203. ISSN 0120-5307. [Citado en 2016-09-17] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200004 >

JUSTO ROLL, Iván y ORLANDI GONZÁLEZ, Neraldo. Diabetes y obesidad: Estudio en un área de salud. En: Revista Cubana Medicina General Integral [online]. vol.21, n.5-6, diciembre de 2005. ISSN 1561-3038. [Citado 2016-09-12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500006>.

LEDON LLANES, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. En: Revista Cubana Salud Pública [online]. Vol.37, n.4, 2011, p. 488-499. ISSN 0864-3466. . [citado en 2016-09-18], Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013>.

LETELIER, Constanza. Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 basada en sus representaciones de enfermedad. En: Psykhe. [en línea]. Noviembre de 2011 Vol. 20, n° 2. p. 115-130 [consultado en abril de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282011000200010>

MAYA MORALES, Andrés; HERNÁNDEZ SILVA, Josefina; LUNA ROJAS, Luna. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En: Revista CONAMED [online] Vol. 13, N°. Extra 2, 2008, p. 30-35. ISSN-e 1405-6704. [Consultado en abril de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627021>.

MEDEL ROMERO, Brenda Cintia y GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. En: Index Enfermería [online]. vol.15, n.52-53, 2006, p.16-19. ISSN 1132-1296 [citado el 2016-09-22] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006001100004

MÉNDEZ SALAZAR, Vianey; BECERRIL ESTRADA, Verón, entre otros. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. En: revista de Ciencia y enfermería [online]. vol.16, n.3, 2010, p.103-109. ISSN: 0717-9553. [citado el 2016-07-02], Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0717-95532010000300011.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Guía para profesionales de salud. Colombia-Bogotá: 2016. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/gpc_diabetes_tipo_2_profesionales.aspx

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la diabetes

mellitus tipo 2. Tomo II. Bogotá: 2007. p. 360. ISBN: 978-958-98220-0-5. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

OREM, Dorothea Elizabeth. Normas Prácticas de Enfermería. Madrid.: Ediciones Pirámide S.A., 1983. ISBN 84-368-0224-1. p. 42-126.

OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas. 2014. P. 5. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

ORTIZ, Manuel; ORTIZ, Eugenia; GATICA, Alejandro y GOMEZ, Daniela. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Revista de terapia psicológica [online]. vol.29, n.1. julio de 2011, pp.5-11. ISSN 0718-4808 [citado 2016-09-15] Disponible en: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001 >

PALACIOS, Anselmo; DURAN, Maritza y OBREGON, Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [online]. Vol.10. 2012 p. 34-40. [Citado 2016-09-12], Disponible en: < http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400006 > ISSN 1690-3110.

PECH ESTRELLA, Sergio; BAEZA BAEZA, Jesús; RAVEL PREN, María. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. En: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgica. Vol. 15, nº 4. 2010. p 211-215. ISSN: 1665-7330 [citado 2016-09-12] Disponible en: < <http://www.redalyc.org/pdf/473/473160860005.pdf> >.

PIMENTEL, José; SANHUEZA, Olivia; GUTIÉRREZ, Juana M y GALLEGOS, Esther C. evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. En: Ciencia. enfermería. [online]. Diciembre de 2014 vol. 20, n.3, p. 59-68. [consultado en mayo de 2016] Disponible en: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300006 >

PRADO, Liana. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de la atención. En: Revista Médica Electrónica. [online]. Diciembre de 2014 Vol. 36. Nº 6. p. 835-845. [consultado en mayo de 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

RIVERA ÁLVAREZ; Luz, Autocuidado y capacidad de agencia de cuidado, En: revista avances de Enfermería. [Online]. Vol. 24. Nº 2. Julio-diciembre 2006. p. 92. [Consultado en mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/35596/1/35969-147366-1-PB.pdf>

ROJAS, Luis et al. Diagnóstico y manejo de la hipoglicemia en adultos diabéticos hospitalizados: evaluación de competencias en un equipo profesional multidisciplinario de salud. *Revista Médica de Chile* [online]. vol.139, n.7. Julio de 2011. p.848-855. ISSN 0034-9887. [Citado 2016-09-15] Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000700004

ROSALES, Mildred, et al. Factores asociados al pie diabético en pacientes ambulatorios. En: *Revista Salud Uninorte*. [Online]. Febrero de 2012 Vol. 28, n° 1. P. 67. ISSN 0120-5552 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a07.pdf>

SALCEDO ROCHA, Ana; GARCÍA de ALBA, Javier; SEVILLA, Elizabeth. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. En: *Revista de salud pública de México* [online]. Vol. 42, n° 2, 2008, p. 256-264. ISSN: 0036-3634 [consultado en mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/5961.pdf>

SALINAS C, Judith et al. ACTIVIDAD FÍSICA INTEGRAL CON ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN CHILE: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO. En *Revista Chilena de nutrición*. [Online]. vol.32, n.3, 2005, p.215-224. >. ISSN 0717-7518 [citado el 2016-09-17] Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300006>.

SANZ-SÁNCHEZ I, BASCONES MARTÍNEZ A. Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. En: *revista avances en Odontoestomatología* [online]. Vol. 25, n.5, 2009, p. 249. ISSN 0213-1285. [Consultado en mayo de 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original2.pdf>

SOCARRAS SUAREZ, María Matilde; BOLET ASTOVIZA, Miriam y LICEA PUIG, Manuel. Diabetes mellitus: tratamiento dietético. *Revista Cubana de Investigación Biomédica* [online]. vol.21, n.2.junio de 2002, p. 102-108. ISSN 1561-3011. [Citado en 2016-09-17] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002002000200007>

SOLÍS TORRES, Aarón, CASTILLO, Alonso, LÓPEZ GARCÍA, Marie Magdalena, SELENE Karla PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2SMAD, *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas* [en línea] vol. 5, nº2, 2009. ISSN 1806-6976 [Fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313060005>>

TRONCOSO PANTOJA, Claudia; DELGADO SEGURA, Delia y RUBILAR VILLALOBOS, Carolina. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev. Costarricense de salud pública* [online]. 2013, vol.22, n.1 [citado en 2016-09-20], p. 09-13. ISSN 1409-1429. [Citado en 2016-09-20] Disponible en: <

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000100003 >.

VELANDIA ARIAS, Ana; RIVERA ÁLVAREZ, Luz. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. En: Revista de salud pública [online]. Vol. 11, nº 4, 2009. p. 539-541. ISSN 0124-0064. [citado el 17/09/2016] Disponible en: <
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005

YEFI QUINTUL; Nivia. CIFUENTES R; Jeannette. PROGRAMA DE DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA Y SALUD FAMILIAR. La familia ¿apoyo o desaliente para el paciente diabético? [Citado el 09 de abril de 2016] Disponible en <
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf >

ANEXOS

ANEXO A. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variables	Tipo de variable	Escala	Definición	Indicadores	Dimensión
Edad	Cuantitativa	Sin escala	Tiempo de vida de la persona según años cumplidos	Años cumplidos	Socio-demográfica
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Característica biológica	Caracteres sexuales	
Estado civil	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltero • Viuda • Unión libre 	Condición de la persona con lo referente a las relaciones en sociedad	Situación jurídica y familiar en el orden social	
escolaridad	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria 	Años escolares alcanzados hasta el momento de ser encuestado	Grado de instrucción	

		<ul style="list-style-type: none"> • Técnico • Universitario 			
Antecedentes familiares con la patología	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Padre • Madre • Hermanos • Otros 	Familiares en primer grado de consanguinidad con Diabetes mellitus	Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos
Índice de masa corporal	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normopeso • Sobrepeso • Obesidad por grados I, II, III 	Se realiza el cálculo a través de la formula IMC: $\text{peso}/\text{talla}^2$ según la OMS	Medida de asociación entre masa/ peso y talla	Medidas antropométricas

CONOCIMIENTOS Y ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN DM2

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador	Dimensión
Cumplimiento de metas y recomendaciones de un programa	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Cumple con las metas establecidas en el programa, con lo referente a glicemia/glucosa en sangre en ayunas y postprandial?	Porcentaje	Comportamiento frente al programa de atención integral de su patología
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Sigue las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de su patología?	Porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Asiste puntualmente a los controles de enfermería de su patología?	Porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Toma sus medicamentos en el horario indicado por el personal de salud?	Porcentaje	
Conocimiento sobre su patología (Diabetes mellitus tipo 2)	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Reconoce cuando está presentando signos y síntomas que pueden desencadenarse por el manejo inadecuado de su enfermedad?	Porcentaje	Según conocimiento adquirido en el programa de atención integral de su patología

	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿En caso de una crisis por aumento o disminución de la glucosa, sabe que debe hacer?	Porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Reconoce el nombre y dosis del medicamento para el control de su patología?	porcentaje	
Practica de Hábitos perjudiciales	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Actualmente fuma?	porcentaje	Malos hábitos luego de haber sido diagnosticado
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Actualmente consume bebidas alcohólicas?	porcentaje	
Practica de hábitos saludables	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Realiza actividad física?	Porcentaje	Practica de acciones de autocuidado
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Observa su cuerpo detenidamente buscando cambios físicos?	Porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿En las noches, duerme por lo menos 8 horas?	porcentaje	

	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	Utiliza calzado de cuero, en medida adecuada, aireados, con punta redonda, sin tacón, además evita hebillas, tirillas finas o adornos que puedan lastimar el pie.	Porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Corta sus uñas en forma recta y evita retirar la cutícula?	porcentaje	
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Realiza automonitoreo/control de su glicemia en el domicilio?	porcentaje	
Alimentación	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Tiene horario de comidas estable?	porcentaje	Estilo de alimentación
	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces • Siempre 	¿Consume azúcares?	porcentaje	
Acompañamiento familiar	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Algunas veces 	¿Ha tenido acompañamiento de su familia en el proceso de su patología?	porcentaje	Papel del familiar en el cuidado

		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Nunca • Algunas veces • Siempre 			
Estado animo	de	Cualitativa nominal	¿ha sentido desmotivación para cuidarse?	porcentaje	Capacidad cuidarse para

ANEXO B. ENCUESTA

ENCUESTA

OBJETIVO: Determinar conocimientos y acciones de autocuidado que realizan personas diabéticas tipo 2, inscritos en un programa de manejo integral de diabetes de una IPS en Montería, con el fin de lograr una mejor calidad de vida en esta población.

LUGAR:

FECHA:

DATOS PERSONALES

1. EDAD: _____	2. SEXO. Mujer _____ Hombre: _____
3. ESTADO CIVIL Casado(A)____ Soltero(A)____ Viudo(A)____ U. Libre____	4. NIVEL DE ESCOLARIDAD. <ul style="list-style-type: none">• Analfabeta____• Primaria____• Secundaria____• Técnico____• Universitario____
5. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE DIAGNOSTICADO/A CON DIABETES? _____	6. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES MELLITUS. Padre____ Madre____ Hermanos: _____ Ninguno: _____ ¿Otro? _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: el investigador tomara las medidas requeridas.

Peso: _____	IMC _____
Talla: _____	Perímetro abdominal: _____

<p>1. ¿Cumple con las metas establecidas en el programa, con lo referente a glicemia/glucosa en sangre en ayunas y postprandial?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ <p>¿Cuál es la meta? Ayuna_____</p> <p>Postprandial_____</p>	<p>2. ¿Reconoce cuando está presentando signos y síntomas que pueden desencadenarse por el manejo inadecuado de su enfermedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ <p>Mencione los síntomas:</p>
<p>3. ¿En caso de una crisis por aumento o disminución de la glucosa, sabe que debe hacer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ <p>Describe que acciones tomaría:</p>	<p>4. ¿Realiza automonitoreo/control de su glicemia en el domicilio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ <p>¿Sabe interpretar las cifras? _____</p>
<p>5. ¿Ha sentido desmotivación para cuidarse o realizar algunas actividades de la vida diaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ 	<p>6. ¿Ha tenido acompañamiento de su familia en el proceso de su patología?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ <p>¿Por qué?</p>
<p>7. ¿Asiste puntualmente a los controles de enfermería de su patología?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___ 	<p>8. ¿Sigue las recomendaciones indicadas por el programa de manejo integral de su patología?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca___ • Algunas veces___ • Siempre___

¿Por qué?	¿Por qué?
<p>9. ¿Tiene horario de alimentación estable?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ 	<p>10. ¿Consume azúcares/carbohidratos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿En qué presentación?</p>
<p>11. Mencione que tipo de alimentos incluye en sus comidas.</p>	<p>12. ¿Observa su cuerpo detenidamente buscando cambios físicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__
<p>13. ¿Actualmente consume bebidas alcohólicas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ • <p>¿Antecedentes de alcoholismo?</p>	<p>14. ¿Actualmente fuma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿Antecedentes de tabaquismo?</p>
<p>15. ¿Realiza actividad física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿Cuántas veces a la semana? _____</p> <p>¿Cuánto tiempo? _____</p>	<p>16. ¿En las noches, duerme por lo menos 8 horas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿Siente que duerme lo suficiente? ____</p>
<p>17. ¿Corta sus uñas en forma recta y evita retirar la cutícula?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ 	<p>18. Utiliza calzado de cuero, en medida adecuada, aireados, con punta redonda, sin tacón, además evita hebillas, tirillas finas o adornos que puedan lastimar el pie.</p>

<p>¿Cada cuánto arregla sus uñas? _____</p> <p>¿Quién realiza el arreglo de sus uñas? _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿Sabe Ud. porque se recomienda usar el calzado con estas características?</p>
<p>19. ¿Toma sus medicamentos en el horario indicado por el personal de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>¿Por qué?</p>	<p>20. ¿Reconoce el nombre y dosis del medicamento para el control de su patología?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca__ • Algunas veces__ • Siempre__ <p>Nombre del medicamento_____</p> <p>Dosis_____</p>

ELABORADOR POR: Investigador en asesoría de tutores encargados.